**ALLEGATO A**



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ISCHIA | CASAMICCIOLA TERME | LACCO AMENO | FORIO | SERRARA FONTANA | BARANO D’ISCHIA | PROCIDA |
| ***ischia*** | casamicciola | lacco | forio | ***serrara*** | ***barano*** | ***procida*** |

AMBITO SOCIALE N13

UFFICIO DI PIANO

**ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE ED ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN FAVORE DI ANZIANI**

**PNRR MISSIONE 5-COMPONENTE 2 - INVESTIMENTO 1 - SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE DELL’ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - SUB INVESTIMENTO1.1.2 – AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - CUP I64H22000310006**

**Il/La sottoscritto/a** (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso alle prestazioni di cui all’investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti per l’Azione A e per entrambe le seguenti attività:

Attività A.1: interventi di riqualificazione degli spazi abitativi e dotazione strumentale tecnologica atta a garantire l’autonomia dell’anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e sociosanitari per la continuità assistenziale ovvero domotica;

Attività A.2: potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità (SAD e ADI);

in qualità di beneficiario

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(la parte che segue è da compilare nel caso in cui l’istanza venga presentata da un familiare, convivente, tutore, amministratore o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere art. 4 D.P.R. 445/2000)**

per il sig./la sig.ra(Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel/cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e- mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

Per il S.A.D. :

a) fotocopia del certificato di invalidità - riconoscimento 100% ;

b) attestazione del Medico di Medicina Generale con la quale sia dichiarato che lo stato di non autosufficienza non richieda una prestazione socio- sanitaria bensì un servizio socio- assistenziale;

c) attestazione I.S.E.E. in corso di validità ;

d) fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e del beneficiario e, qualora la domanda sia inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela, è necessario allegare oltre al documento di riconoscimento del richiedente anche la delega a poter presentare domanda di ammissione al beneficio.

Per l’A.D.I.:

a) fotocopia della certificazione attestante il riconoscimento della disabilità con connotazione di gravità (art. 3 comma 3 Legge 104/92);

b) fotocopia del documento di riconoscimento del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario. Inoltre, qualora la domanda sia inoltrata da persona che non sia legata da rapporto di parentela, è necessario allegare oltre al documento di riconoscimento del richiedente anche la delega a poter presentare la domanda di ammissione al beneficio;

c) attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

d) schede S.Va.M.A. “A” e “B”, rispettivamente di competenza del M.M.G. e del Medico Specialista.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente, rilasciati per l’espletamento di cui alla presente istanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_