

**MODULO DI DOMANDA (AILA)**

**Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, linea 1.1.2 “Autonomia degli anziani non autosufficienti” – CUP: B94H22000220006**

Al Comune di  
Pec

**OGGETTO: domanda di accesso a servizi di assistenza domiciliare anziani e tele assistenza ad anziani in condizione di non autosufficienza, disagio, isolamento, per un massimo di n. 100 beneficiari**

Il/la sottoscritto/a:

Nome..... Cognome.....

Nato/a a..... Prov. ....Data di nascita |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Stato Civile.....

Residenza:..... Città..... Via.....

C.A.P.....Prov.....

Telefono ..... Email .....

**DICHIARA DI:**

- Conoscere e accettare le condizioni contenute nell’Avviso pubblico;
- Avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:
- Essere persona anziana che ha superato il 65° anno di età;
- Essere residente nel Comune di....., facente parte del Distretto Socio Sanitario n. 13;
- Di risiedere in una casa di proprietà o in una casa in affitto con scadenza successiva al 31/03/2026;
- Essere in condizione di (barrare una casella)
  - disabilità grave, non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato C) , certificata dall’apposita commissione;
  - non autosufficienza, nei casi di disabilità recente, certificata dal medico di medicina generale completa di scheda multidimensionale;
  - ridotta autonomia certificata dal medico di medicina generale;

- Manifestare la volontà di intraprendere un percorso di “assistenza domiciliare” sperimentale.

**In caso di condizione di non autosufficienza, persona in condizione di disabilità grave (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013), certificata dall'apposita commissione , (indicare una o più delle condizioni sotto descritte)**

- L. 104/92, art. 3 comma 3
- Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Inabili 100% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)
- Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000
- Sordi ai sensi L. 381/1970, L. 95/2006 e L. 508/1988
- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)
- Invalidi sul lavoro 80 > 100% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 – L. 296/2006, art 1, comma 782)

**In caso di condizione di non autosufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013), certificata dall'apposita commissione (indicare una o più delle condizioni sotto descritte):**

- Soggetti con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b);
- Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001);
- Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5);
- Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66);
- Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%).

### **Situazione economica**

l'ISEE socio-sanitario corrente (o ordinario, ove più favorevole) in corso di validità dall'uscita del Bando è di € \_\_\_\_\_.

### **Il beneficiario dichiara di:**

- Vivere solo\;

- Vivere con il coniuge anch'esso non autosufficiente e/o con un familiare in condizione di non autosufficienza certificata;
- Vivere con il coniuge o altro familiare autosufficiente.

### **INOLTRE DICHIARA**

**Di accettare di sperimentare il progetto presso il gruppo appartamento messo a disposizione dal Distretto Socio Sanitario n. 13:**

- SI
- NO

**La presenza di assistenza alla persona (caregiving):**

- SI
- NO

**Se si, garantita da:**

- caregiver familiare: coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76;
- caregiver familiare: familiare o di un affine entro il secondo grado (figli, genitori, fratelli ecc.)
- caregiver familiare: un familiare entro il terzo grado;
- assistente familiare retribuito (es. colf, badante, assistente alla persona) dall'interessato o dal nucleo;
- assistenza domiciliare (assistenziale o sociosanitaria o sanitaria) pubblica.

### **DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- La concessione del servizio di cui al presente avviso è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica, il rilascio delle necessarie autorizzazioni e il consenso ai necessari sopralluoghi;
- L'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario n. 13 , ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

**SI IMPEGNA**

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte del Distretto Socio Sanitario n. 13 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
--------------------------	--------------------------

### **Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000**

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

**Luogo** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

### **Allegati:**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Verbale di certificazione di disabilità grave o non autosufficienza o, in alternativa nei casi di gravità recente, certificato di non auto-sufficienza rilasciato dal medico di medicina generale completa di scheda multi-dimensionale o, ancora in alternativa, certificato di ridotta autonomia rilasciato dal medico di medicina generale;
- Autocertificazione di risiedere in una casa di proprietà o in affitto con scadenza successiva al 31/03/2026 su cui effettuare gli interventi;
- Autocertificazione ISEE in corso di validità.