

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.13

(Caltagirone, Grammichele, Mirabella, S. Michele di Ganzaria, Mineo,
S. Cono, Mazzarrone, Licodia Eubea, Vizzini)

Al Sig. Sindaco

del Comune di _____

PIANO DI AZIONE COESIONE Piano di intervento Servizi di Cura per gli Anziani non autosufficienti Primo riparto dei Servizi di Cura

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritt _____
nata/o a _____ Prov. _____ in data _____
residente a _____
Prov. _____ Via _____ n° _____
Tel _____ Codice Fiscale _____
domiciliat in:

(indicare l'indirizzo completo dove si vuole venga inviata eventuale corrispondenza, se diverso da quello di residenza)

In qualità di :

- Persona anziana in situazione di non autosufficienza
oppure
 - Familiare(entro il 4° grado)convivente con l'anziano o non convivente che si occupa dell'anziano
 - Tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona anziana
- Per il Sig./Sig.ra _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla graduatoria degli aventi diritto, *(qualora i Servizi di cui trattasi verranno finanziati dal Ministero degli Interni), per i seguenti servizi:*

- Servizi di assistenza domiciliare” SOCIO -ASSISTENZIALE , INTEGRATA AI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA(Anziani non auto-sufficienti inseriti in programmi di ADI)
- Servizi di ASSISTENZA DOMICILIARE “ SOCIO-ASSISTENZIALE” per **Anziani non Auto-sufficienti** .
- Contributi per l'acquisto o leasing di AUSILI TECNICI non sanitari, di norma **non forniti dal Sistema Sanitario Nazionale** (es.: monta-scale, sistemi di comando a distanza, ecc.), comprese spese di effettivo utilizzo (installazione, personalizzazione, manutenzione, ecc.).

- Contributi per le spese di **adattamento / trasformazione** di strumenti /ausili non sanitari già in dotazione agli utenti assistiti.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 d.p.r.445/2000)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità,

Di aver compiuto/compirà 65 anni alla data del 31.12.2013;

- di essere residente in uno dei comuni del Distretto socio-sanitario n. 13;
- che il proprio nucleo familiare è composto da:.....;
- di essere stato/a riconosciuto/a non autosufficiente con certificazione di invalidità del 100%rilasciata dalla commissione invalidi civili;
- di essere titolare di indennità di accompagnamento;
- di essere non autosufficiente di recente come da certificazione sanitaria rilasciata dal medico di famiglia completa di scheda multi-dimensionale;
- di avere usufruito dei seguenti servizi:
 1. Bonus- socio-sanitario ,anno_____ periodo da _____ al _____
 2. Assistenza economica, anno _____
 3. Altro _____
- di optare per uno dei servizi richiesti in caso di incapacienza dei fondi disponibili rispetto alle domande presentate.

In Fede

Allega:

- Fotocopia del documento di identità
- Copia Attestazione ISE ed ISEE (redditi 2012)
- Attestazione sanitaria delle condizione non autosufficienza(Verbale commissione invalidi civili, certificazione rilasciata dal medico di famiglia