

All'Ufficio Servizi Sociali

Comune di: (indicare con una X il comune di appartenenza)

☐ **Capri**

☐ **Anacapri**

Domanda per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani
(Fondo PAC Anziani IL Riparto)

II/La Destinatario/a

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____/____/____
Codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
residente nel Comune di _____, alla Via _____
n. _____ c.a.p. _____ Recapiti: tel. _____, cell. _____,
e-mail: _____, pec _____

II/La Richiedente (solo se diverso dal destinatario)

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a. _____
Cognome: _____ Nome: _____
nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____/____/____
Codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
residente nel Comune di _____, alla Via _____ n. _____ c.a.p. _____

RICHIEDE

di partecipare al bando per l'erogazione di buoni servizio utilizzabili per usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Anziani presso uno degli enti accreditati a tale servizio e a tal fine

DICHIARA

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, di essere in possesso dei seguenti requisiti (*contrassegnare con una X*):

<u>REQUISITI</u>	<u>PUNTEGGI</u>
<p>Livello di autosufficienza (grado di dipendenza del soggetto in relazione alle sue condizioni psichiche, fisiche e sensoriali)</p> <p><input type="checkbox"/> basso</p> <p><input type="checkbox"/> medio</p> <p><input type="checkbox"/> alto</p> <p>Riesce da solo/a a svolgere le seguenti attività:</p> <p><input type="checkbox"/> igiene e cura della propria persona;</p> <p><input type="checkbox"/> preparazione dei pasti;</p> <p><input type="checkbox"/> pulizia della casa;</p> <p><input type="checkbox"/> assunzione medicinali;</p> <p><input type="checkbox"/> commissioni esterne (spesa, pagamento delle utenze, ecc.);</p> <p><input type="checkbox"/> raggiungimento di luoghi ricreativi;</p>	<p>0 - 3</p> <p>4 - 7</p> <p>8 - 10</p>
<p>Situazione familiare (grado di solitudine, livello di assistenza parentale):</p> <p><input type="checkbox"/> basso</p> <p><input type="checkbox"/> medio</p> <p><input type="checkbox"/> alto</p> <p>N.di componenti _____</p> <p>N. componenti con disabilità certificata _____</p>	<p>0 - 3</p> <p>4 - 7</p> <p>8 - 10</p>
<p>Età:</p> <p><input type="checkbox"/> da 65 a 70 anni</p> <p><input type="checkbox"/> da 71 a 76 anni</p> <p><input type="checkbox"/> da 77 a 80 anni</p> <p><input type="checkbox"/> da 81 a 86 anni</p>	<p>0</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>6</p>

<input type="checkbox"/> oltre 86 anni	8
Disabilità certificata: <input type="checkbox"/> SI pari al _____ % <input type="checkbox"/> NO	

Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679. Autorizza l'Ambito Territoriale N34 a fornire i propri dati ai soggetti prestatori dei servizi.

Allega, alla presente domanda (*contrassegnarli con una X*):

- ☐ fotocopia Carta d'identità del richiedente;
- ☐ fotocopia Carta d'identità del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- ☐ attestazione ISEE
- ☐ certificato d'invalidità (ove presente);
- ☐ permesso di soggiorno (per i beneficiari stranieri);
- ☐ altra documentazione utile ai fini della graduatoria (specificare _____)

Luogo e data: _____

IL RICHIEDENTE

*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).



MINISTERO
DELL'INTERNO



SERVIZI DI CURA
all'infanzia e agli
anziani non autosufficienti



REGIONE CAMPANIA



Piano Sociale di Zona N34

Regione Campania – Provincia di Napoli -
Piano Sociale di Zona Isola di Capri Ambito Territoriale Napoli 34 – ex L. 328/00 – L. R. 11/07
Comuni Associati: Capri e Anacapri – Enti Partner: ASL Napoli 1 Centro – Provincia di Napoli
Comune Capofila Capri C.F. 00547330639 Sede dell'Ufficio di Piano di Zona Piazza Umberto I 80073 Capri NA
tel. 0818386215 – 0818386303 – fax 0818386246 – PEC protocollo.cittadicapri@legalmail.it – mail: anagrafe@cittadicapri.it