



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

**Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina,
Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio**

DOMANDA

PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI CURE DOMICILIARI RIVOLTE AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (RC),
via _____ n. _____, CAP _____ in qualità di:

☐ Richiedente quale beneficiario diretto
oppure

☐ _____ (specificare titolo in base al quale si chiede la
prestazione in nome e per conto di altro soggetto)

CHIEDE

☐ di usufruire direttamente del seguente servizio:
oppure

☐ che il/la Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____ (RC),
via _____ n. _____ CAP _____ servizio:

☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE INTEGRATA ALLE PRESTAZIONI
SANITARIE (ADI)**

☐ **ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (SAD)**



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina, Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio

a tal fine

DICHIARA

- ☐ di essere in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):
oppure
- ☐ che il soggetto per il quale si richiede la prestazione è in possesso dei seguenti requisiti (barrare la casella corrispondente):

- cittadinanza italiana, (cittadinanza di altro Stato non aderente all'Unione Europea in possesso di carta o di permesso di soggiorno);
- residenza nel Comune di _____ (RC), appartenente all'Ambito Territoriale di Taurianova;
- età superiore ai 65 anni per la SAD;
- condizione caratterizzata da solitudine ed isolamento per assenza o carenza familiare;
- stato di malattia o di invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza:
(specificare se allettato) _____;
- stati particolari di bisogno e di necessita: (specificare) _____;
- nucleo familiare composto come indicato nella seguente tabella:

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Attività (Eventuale)	Incapacità di prestare assistenza al congiunto per motivi di salute (specificare)



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina, Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio

Età:

- ☐ Anni da 0 a 64;
- ☐ Anni da 65 a 75;
- ☐ Anni da 76 ad 80;
- ☐ Anni da 81 a 85;
- ☐ Anni oltre 86.

Situazione familiare I:

- ☐ Anziano/a residente solo/a;
- ☐ Coppia anziana senza altri conviventi;
- ☐ Anziano/a con 1 familiare convivente;
- ☐ Anziano/a con 2 familiari conviventi;
- ☐ Anziano/a con 3 o più familiari conviventi;

Situazione familiare II:

- ☐ Anziano senza figli;
- ☐ Anziano con 1 figlio NON convivente;
- ☐ Anziani con 2 figli NON conviventi;
- ☐ Anziani con più di 2 figli NON conviventi.

- ☐ **Condizione di inabilità / non autosufficienza**

Situazione reddituale (per le prestazioni socio-assistenziali e in SAD)

- ☐ **Valore ISEE:** _____;

Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità sia dell'anziano, sia dell'eventuale familiare richiedente, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- Certificato del medico curante;
- SVAMA SANITARIA rilasciata dal medico curante;
- Scheda sociale, compilata a cura del richiedente presso i servizi sociali del Comune di residenza;



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

**Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina,
Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio**

- Attestato ISEE completo della Dichiarazione Sostitutiva Unica (**con quadro FC7**), (**per le sole prestazioni socio-assistenziali in SAD**);
- Altro (specificare)_____.

Il sottoscritto, infine, dichiara quanto segue:

- ☐ di avere preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti;
- ☐ di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro 15 giorni dalla data in cui ne venga a conoscenza – ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- ☐ di essere a conoscenza che la documentazione di coloro che beneficeranno del servizio verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Dichiara, altresì:

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
sotto la propria personale responsabilità ed ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina, Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio

Dichiara di scegliere il seguente Soggetto (iscritto all'ALBO DEI SOGGETTI ACCREDITATI) per l'erogazione della prestazione:

BARRARE CON UNA X	SOGGETTO	Rappresentante Legale	Sede	Contatti
	Cooperativa Sociale "Itaca" C.F. – P. Iva 01609440803	Ursida Maria Giovanna nata a Taurianova il 06.11.1963	Via S. Rocco n. 2 Palmi	e-mail mariagiovannaursida@gmail.com pec cooperativaitaca@arubapec.it cell. 3332300019
	Consorzio "Macramè – Trame Solidali nelle Terre del Sole" C.F. – P. Iva 02372250809	Pensabene Giovanni nato a Reggio Calabria il 29.03.1951	Via Vallone Petrara n. 10/A Reggio Calabria	e-mail info@consorziomacrame.it pec pec@pec.consorziomacrame.it cell. 3287434536 tel. 09651722548
	Cooperativa Sociale "Humanitas" C.F. – P. Iva 01044280806	Fuduli Graziella nata a Taurianova il 15.05.1958	Via La Resta I trav. n. 2 Taurianova	e-mail humanitas1986@gmail.com pec humanitas1986@pec.it cell. 3201776200
	Società Cooperativa "Strade Vincenti" C.F. – P. Iva 02739830806	Zindato Francesco nato a Oppido Mamertina il 15.09.1971	Via Napoli n. 53 Oppido Mamertina	e-mail stradevincenti@gmail.com pec stradevincenti@legalmail.it cell. 3929793077 tel. 096685235
	Associazione "Nuove Idee" C.F. – P. Iva 02141360806	Antonio Diano nato a Reggio Calabria il 10.02.1968	Via Mundo Cosoleto	e-mail virgiliiov1@libero.it pec nuoveidee@mypec.eu cell. 3332998104
	Cooperativa Sociale "La Mimosa" C.F. – P. Iva 02637770807	Marisa Valensise nata a Taurianova il 16.08.1971	Via On. E. Musolino n. 2 Polistena	e-mail lamimosa.polistena@libero.it pec s.c.s.lamimosa@pec.it cell. 3335962487
	S.A.D.M.A.T. C.F. – P. Iva 92014080805	Angela Caridi nata a Reggio Calabria il 19.06.1962	Via Melacrino c/o Ospedale BMM Reggio Calabria	e-mail sadmatrc@liber.it pec sadmat@onepec.it tel. 0965397959 cell 3473012037
	Società Cooperativa Sociale "Metauros" C.F. – P. Iva 02740480807	Paola Bombardiere nata a Gioia Tauro (RC) il 28.03.1963	Via Euclide n. 5 - Gioia Tauro (RC)	e-mail metauros@hotmail.it pec cooperativametauros@arubapec.it cell. 3464174634

Taurianova, li _____

Firma _____



COMUNE DI TAURIANOVA

Città Metropolitana di Reggio Calabria

Comune Capofila dell'AMBITO TERRITORIALE N. 3

**Comuni di: Cittanova, Cosoleto, Delianuova, Molochio, Oppido Mamertina,
Santa Cristina d'Aspromonte, Scido, Taurianova, Terranova Sappo Minulio, Varapodio**

Spazio riservato per la valutazione della domanda

- | | |
|--|--------------------|
| 1. Età | punti _____ |
| 2. Condizione familiare | punti _____ |
| 3. Condizione socio-sanitaria | punti _____ |
| 4. Condizione reddituale
<u>(solo in caso di richiesta di prestazioni in SAD)</u> | punti _____ |

TOTALE PUNTI _____

Eventuali note

Taurianova, lì ____ / ____ / _____

FIRMA DEL RESPONSABILE
