ALLEGATO A2

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI CHE HANNO COMPIUTO SETTANTACINQUE ANNI IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA.

AL SIGNOR SINDACO
G I A R R E

Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

_l_sottoscritto/a_____nato/a a_____

il_____ residente in_____Via_____

n._____C.F._____ tel._____,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

a) che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra _____, anziano/a che ha compiuto settantacinque anni e in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
b) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
c) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
d) che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti, ai sensi delle disposizioni riportate dal Decreto Legislativo n.109/98 e regolamenti attuativi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1 D.P.C.M. 04.04.2001, n.242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore ad ú 7.000,00;

CHIEDE

La concessione del'intervento in oggetto indicato nella forma di :

Buono di servizio: per l'acquisto di prestazioni professionali presso organismi no profit iscritti all'albo regionale delle istituzioni socio-assistenziali di cui all'art.26 della L.R. 22/86, nelle sezioni anziani e/o inabili per la tipologia di servizio assistenza domiciliare

A tal fine lo/a scrivente allega alla presente:

- fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000;
- fotocopia del documento di riconoscimento del soggetto anziano a cui è rivolto il beneficio;
- attestato I.S.E.E. dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- certificazione attestante la disabilità grave o in alternativa verbale della Commissione invalidi civili, attestante l'invalidità civile al 100%;

_ l_ sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

_l_ sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 ed è consapevole, altresì, che qualora si accerti la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dal beneficio in oggetto.
Le informazioni relative all'attuazione dell'intervento verranno richieste direttamente all'Ufficio Comunale responsabile della gestione dell'intervento.

Data_____

Firma del richiedente

_____

_ l_ sottoscritto/a familiare si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

Firma del richiedente