



COMUNE DI CAPACI Provincia di Palermo

Allegato A 3

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

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

 1 sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in Capaci 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) di risiedere nello stesso Comune dell'anziano di cui sopra;
 - c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
 - d) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile grave, ovvero che lo stesso è invalido al 100%;
 - e) che il suddetto anziano ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. non superiore a € 7.000,00;
- 1 sottoscritt__ dichiara, altresì, che non accede ad altre fonti di finanziamento per il medesimo servizio nell'anno di riferimento,

CHIEDE

**LA CONCESSIONE DELL'INTERVENTO IN OGGETTO INDICATO NELLA
FORMA DI BUONO DI SERVIZIO (voucher)**

Il Buono di servizio concesso dovrà essere utilizzato 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 la sotto elencata documentazione così come previsto dall'avviso:

- 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%;
- sottoscritto/a si impegna a garantire al soggetto anziano prestazioni di assistenza e di aiuto personale.

 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

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

Firma del richiedente
