



CITTA' DI POTENZA

UNITA' DI DIREZIONE SERVIZI ALLA PERSONA

Tel. 0971 415543 fax 0971 415523

Via Nazario Sauro - 85100 Potenza

**ALL' UNITA' DI DIREZIONE SERVIZI ALLA PERSONA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI POTENZA**

**DOMANDA PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' E DELL'AUTOGOVERNO
PER PERSONE CON LIMITAZIONI NELL'AUTONOMIA
(D.G.R. 175/2018)**

PROGETTO "ANZIANI 4.0"

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)
il _____ e residente in _____ (____) alla Via _____
n. _____, Codice Fiscale _____, Telefono _____, Stato Civile

Eventuale persona di riferimento:

Sig./Sig.ra _____, Telefono _____ in qualità di
_____ domiciliato/a a _____ (____) alla Via
_____ n. _____

CHIEDE

di poter partecipare in qualità di destinatario alle attività previste dal progetto “Anziani 4.0” attivato nel Comune di Potenza a valere sull’AP per la “presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell’autogoverno per persone con limitazioni nell’autonomia”, con il sostegno del PO FSE Basilicata 2014-2020 - azione 9.3.6, e, a tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci previste ex art. 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è costituito dai seguenti componenti:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Relazione di parentela con il richiedente	Condizion e di disabilità (SI/NO)

- Di trovarsi in condizioni di particolare vulnerabilità e fragilità socio-economica;
- Di avere compiuto il 75° anno di età;
- Di vivere nel proprio domicilio;
- Di avere un’ accertata (a cura del Medico di Medicina Generale) compromissione funzionale - cognitiva lieve che può pregiudicare la cura di sé, dell’ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;
- Che il proprio nucleo familiare è in possesso di un valore I.S.E.E. in corso di validità pari a Euro _____;
- Di non essere già destinatario di altri servizi, fra cui in particolare la frequenza sistematica e continuativa a servizi a carattere socio-sanitario (Centro Diurno, Assistenza Domiciliare, Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), Assegno di cura, ecc.);
- Che il proprio nucleo familiare non è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali:
 - Reddito Minimo di Inserimento (R.M.I.);

- Reddito di inclusione (R.E.I.)
 - Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.)
- Che il proprio nucleo familiare è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o contributi assistenziali
- ☐ Indennità di accompagnamento;
 - ☐ Assegno di invalidità/Indennità di frequenza;
 - ☐ Pensione di anzianità
 - ☐ Altri benefici assistenziali (contributi economici erogati dal Comune, esenzione dal pagamento delle tariffe dei servizi pubblici, contributi per talassemici e nefropatici, ecc.);

Specificare _____

Allega alla presente:

- *Certificazione I.S.E.E. in corso di validità;*
- *Copia del proprio documento di identità in corso di validità;*
- *Certificato medico con accertata (a cura del Medico di Medicina Generale) **compromissione funzionale-cognitiva lieve** che possa pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale.*

Potenza, lì _____

Firma
