

AL COMUNE DI LAMEZIA TERME

pec: protocollo@pec.comunelameziaterme.it

e p.c. AL COMUNE DI RESIDENZA

pec _____

OGGETTO: Presa in carico e ammissione a beneficio/retta per servizi socioassistenziali.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, Codice Fiscale _____,
residente a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____ numero di
telefono fisso _____ cell. _____ indirizzo mail/pec _____,

con la presente in qualità di (indicare con un segno di spunta):

- Diretto interessato;
- Familiare (indicare il grado di parentela): _____
- Tutore/Amministratore di sostegno
- Altro (specificare) _____

del/della Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
il _____, Codice Fiscale _____,
residente/domiciliato/a a _____ prov. _____ indirizzo
_____ C.A.P. _____ numero di telefono
fisso _____ cell. _____ indirizzo mail/pec _____,

CHIEDE

- la presa in carico
- l'ammissione all'integrazione della retta

per l'accesso ai servizi socioassistenziali erogati dall'Ambito territoriale sociale di Lamezia Terme:

- SERVIZIO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE
- SERVIZIO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE
- ALTRO (specificare) _____

A tale proposito, dichiara:

- di essere consapevole che la presa in carico e l'eventuale ammissione al servizio è esercitata dal Servizio sociale professionale di Ambito, in relazione alle condizioni sociali, ambientali ed

economiche, ed altresì qualora si ravvisi la necessità di un intervento integrato mediante valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM, per come previsto dalla normativa in vigore;

- che i servizi forniti dall'Ambito sono erogati mediante risorse a valere su Fondi europei, nazionali, regionali e locali (es. FNPS, FRPS, FNA, c.d. "Dopo di Noi", c.d. "Cargiver", ecc.);
- che i servizi sono erogati nelle modalità programmate e nei limiti delle risorse disponibili annue;
- che allo stato attuale l'utente è ospite nella struttura _____ a far data dal _____.

Tutto ciò premesso, acclude quanto segue:

1. **ISEE** in corso di validità dell'interessato riferito al nucleo familiare di appartenenza o **ISEE socio-sanitario** nel caso di utenti disabili non anziani;
2. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, della situazione finanziaria e patrimoniale relativa all'anno in corso;
3. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, con la quale vengono indicati i soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice civile o con la quale viene dichiarato l'inesistenza di soggetti di cui art. 433 del Codice civile;
4. **Dichiarazione**, resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000, relativa all'impegno a comunicare di poter utilizzare per l'integrazione della retta le somme di cui questi divenga successivamente titolare a qualsiasi titolo (*emolumenti, indennità di accompagnamento, pensioni e/o assegni di invalidità, rendite vitalizie, rendite, eredità ivi comprese quelle di guerra, rendite INAIL etc.*) e/o percepisca i relativi arretrati ovvero a versare tali somme a titolo di rimborso per quanto anticipato dal Comune per il pagamento della retta di inserimento nella struttura, nel limite in cui dette risorse aggiuntive lo consentano;
5. **Copia modello Obis-M;**
6. **Certificato medico** - relazione sanitaria, redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulta la compatibilità all'inserimento in struttura socioassistenziale.
7. **Copia documento di identità e tessera sanitaria del richiedente;**
8. **Copia documento di identità e tessera sanitaria dell'assistito;**
9. **Copia nomina tutore/amministratore di sostegno;**
10. **Ogni altro documento utile alla valutazione dell'istanza.**

Si fa presente, di essere disponibile, a seguito di valutazione della presente, a produrre ulteriore documentazione necessaria per l'ottenimento di quanto richiesto.

Distinti saluti.

_____ li _____

Firma del richiedente