

Beneficiario di altri interventi/servizi

- di **non** essere ospitato in istituto (*obbligatorio*)
- di **non** usufruire di altro servizio/intervento di assistenza da parte dell'ATS
- di **essere beneficiario ADI**-e/o in condizioni di disagio economico
- di usufruire di altro servizio/intervento di assistenza da parte dell'ATS
Indicare quale _____

Reddito:

- ISEE anno 2024 riferito all'intero nucleo familiare inferiore ad € **9.360,00**
- ISEE anno 2024 riferito all'intero nucleo familiare oltre € **9.360,00**

Situazione familiare (si può segnare più di una voce):

- Presenza di familiari residenti o domiciliati nella stessa abitazione
- Presenza di familiari residenti o domiciliati nello stesso comune o entro 50 km/un'ora di auto di distanza
- Presenza di familiari residenti o domiciliati in comune più distanti o fuori regione
- Presenza di familiari conviventi **non** autosufficienti
- Assenza di familiari/rete parentale

Invalidità:

- Invalidità al 100% **con** indennità di accompagnamento e/o con stato handicap grave L.104/92
- Invalidità al 100% **senza** indennità di accompagnamento e/o con stato handicap grave L.104/92
- Invalidità inferiore al 100%

SCELTA ENTE TERZO SETTORE ACCREDITATO:

Indicare con la X	ENTE ACCREDITATO	SERVIZIO ACCREDITATO	SEDE LEGALE
	Il Girasole APS	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (SADM)	Via Parini n. 49 – 88811 Cirò Marina (KR)
	Macaone Cooperativa Sociale	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI (SADD)	Contrada Lazzovino n. 1 – 88816 Strongoli (KR)
	La Speranza APS	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI (SADD)	Via Punta Alice snc – 88811 Cirò Marina (KR)

Il/la sottoscritto/a è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. n. 196/2003.

.....
(Luogo e data)

.....
(firma del richiedente)

Per l'autenticità della sottoscrizione prevista dall'art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 si allega copia fotostatica del/della.....n..... rilasciata dail

(Art. 38, comma 3, del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

ALLEGATI:

- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (laddove diverso)
- Certificazione di invalidità e/o L.104/92
- Certificazione ISEE 2024
- Modello Obis/M anno 2024 (nel caso di persona pensionata)
- Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. n.445/2000 (**Allegato B**) 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;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione della residenza e dello stato di famiglia (**Allegato C**) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000
- Altro (specificare)