



COMUNE DI MEDICALATABIANO

PROVINCIA DI CATANIA

PIAZZA V. EMANUELEN. 32- c.a.p. 95011

Assessorato solidarietà Sociale

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti

AVVISO DI RETTIFICA

L'Allegato A3 dell' avviso pubblico del 10/02/2015, contenente i criteri e modalità per l'attuazione di un intervento finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone non autosufficienti, attraverso i comuni di residenza, deve intendersi sostituito dal seguente:

Allegato A3

DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'INTERVENTO A FAVORE DI ANZIANI IN CONDIZIONE 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

Il sottoscritto/a nato/a a
il residente in via n.
C.F. tel
figlio non convivente del sig./a

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DICHIARA

- a) di essere figlio, non convivente che, di fatto, si occupa della tutela della persona anziana;
- b) di risiedere nello stesso comune dell'anziano di cui sopra ed è residente nello stesso comune dell'anziano da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- c) 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;

CHIEDE

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

Il buono servizio (voucher) 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 legge regionale n. 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 sottoelencata 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. n. 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%.

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

Il 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

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

Firma del richiedente

Dalla Residenza Municipale, li 20/02/2015

Il Resp.le dell'Area Amministrativa
(Comm. Isp.Sup. Carmelo Paone)

L'Assessore
(Monastra Agatina)

IL Sindaco
(Giuseppe Intelisano)