



## Ambito territoriale n. 1 Cirò Marina

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE OVER 65 CON RIDOTTA AUTONOMIA, VERSANTI IN SITUAZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E/O BENEFICIARI ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE) E RESIDENTI NEI COMUNI AFFERENTI L'ATS DI CIRO' MARINA - QSFP 2022-**

**SCADENZA 10.01.2025**

All'Ufficio di Piano Comune Capofila  
di Cirò Marina  
PEC: [comune.ciomarina@asmepec.it](mailto:comune.ciomarina@asmepec.it)

Il/la sottoscritto/a ....., nat.... a .....

il..... residente a .....

Via.....n.....

codice fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ tel. ....

### CHIEDE

- Per sé stesso
- Per il proprio familiare (*indicare grado di parentela*) .....

*(Inserire dati del beneficiario solo se diverso dal richiedente)*

Cognome ..... Nome .....

nat.... a..... il..... residente a.....

Via.....n.....

codice fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ tel. ....

### **Di accedere al servizio di Assistenza Domiciliare, di cui in oggetto, in quanto appartenente a:**

- A) Nucleo percettore ADI (ASSEGNO DI INCLUSIONE)
- B) Nucleo che versa in condizioni di disagio economico (ISEE fino a € 9.360,00)

**DICHIARA**

(barrare con una X in corrispondenza della voce di interesse)

**di essere residente in uno dei comuni dell'ambito sociale territoriale di Cirò Marina n.1 e di trovarsi nella seguente condizione:**

- anziano di età pari o superiore a 65 anni con ridotta autonomia, che necessita di assistenza nell'igiene personale e nella gestione della propria abitazione.

**Beneficiario di altri interventi/servizi**

- di **non** essere ospitato in istituto (*obbligatorio*)
  - di **non** usufruire di altro servizio/intervento di assistenza domiciliare da parte dell'ATS
  - di usufruire di altri servizi di assistenza domiciliare erogata da altri Enti
- Indicare quale: \_\_\_\_\_

**Reddito:**

- ISEE anno 2024(scadenza 31/12/2024) riferito all'intero nucleo familiare inferiore o pari ad € **9.360,00**

**Situazione familiare** (si può segnare una voce):

- Soggetto over 65 con ridotta autonomia che vive da solo privo della rete parentale nel comune di residenza
- Soggetto over 65 con ridotta autonomia che vive con il coniuge/convivente e/o figli o altri familiari non autosufficienti
- Soggetto over 65 con ridotta autonomia che vive da solo con i familiari residenti all'interno dello stesso comune
- Soggetto over 65 con ridotta autonomia che vive con il coniuge/convivente e/o figli o altri familiari autosufficienti

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)

---

**ALLEGATI OBBLIGATORI:**

- Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente (laddove diverso)
- Certificazione ISEE 2024
- Eventuale certificazione medica, rilasciata da strutture pubbliche, attestante patologie e/o invalidità civile.