

AL PRESIDENTE DEL COMITATO DEI SINDACI
Del DISTRETTO Socio sanitario D. 52
Via G. Falcone 5,
91025
MARSALA

OGGETTO: ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI SOSTEGNO DOMICILIARE ALLE FAMIGLIE CHE SI PRENDONO CURA DI UN FAMILIARE AFFETTO DA MORBO DI ALZHEIMER.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____ in via _____
tel _____ in qualità di familiare che si prende cura della persona appresso indicata
(specificare il vincolo di parentela) _____,

Chiede

Che il Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____, residente a _____ in via _____;
possa essere ammesso al Servizio di Sostegno Domiciliare alla Famiglia che si prende cura di un
Familiare affetto da morbo di Alzheimer.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

Che il Sig. _____

- ❖ è affetto da patologia di Alzheimer, di grado lieve-medio, comprovata da specifica certificazione rilasciata dall'U.V.A. del centro Salute Mentale dell'ASP Trapani in data _____;
- ❖ è in possesso di invalidità civile di grado _____%;
- ❖ non beneficia del Bonus Socio Sanitario;
- ❖ non beneficia dell'indennità di accompagnamento;
- ❖ non fruisce di altri servizi domiciliari comunali e distrettuali ad eccezione del "Servizio di Sostegno Domiciliare alle famiglie che si prendono cura di un familiare affetto da Morbo di Alzheimer" – 1° annualità – 01/05/2009-30/04/2010.
- ❖ rientra nelle sotto elencate fattispecie (indicare con un croce la voce d'interesse):
 - ☐ Soggetto unico componente familiare ma assistito dalla rete parentale;
 - ☐ Soggetto convivente con coniuge invalido civile dal 74% in poi;
 - ☐ Soggetto convivente con altri membri portatori di handicap ai sensi della L.104/92;
 - ☐ Soggetto in possesso di certificazione ai sensi della L.104/92;
 - ☐ Soggetto convivente con figli o parenti in attività lavorativa (indicare con un croce la voce d'interesse):
 - con due o più membri occupati;
 - con un membro occupato.
- ❖ Che il nucleo di convivenza familiare della persona assistita è così composto (elencare i componenti del nucleo familiare, anche quelli conviventi di fatto):

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- ❖ Nel caso in cui il richiedente non convive con l'assistito/a, elencare i componenti del proprio nucleo familiare:

NOME E COGNOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Il richiedente non avrà nulla a pretendere dal Distretto D.52 se la Regione Siciliana, in attuazione alla Circolare prot. 1090 del 27/03/2007 dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie Locali o di altra norma sopravvenuta, dovesse imporre la conclusione della realizzazione dell'azione di che trattasi.

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati sensibili anche per via informatica.

Allega alla presente:

- fotocopia della carta d'identità e codice fiscale del richiedente e della persona assistita ;
- certificato rilasciato dall'Unità Valutativa Alzheimer del Centro di Salute Mentale di Marsala – ASP Trapani- , di data successiva a quella di pubblicazione del bando;
- certificato d'invalidità civile della persona assistita, con l'indicazione della percentuale di invalidità, ed eventuale certificato rilasciato ai sensi della L. 104/92 ;
- eventuale certificazione rilasciata ai sensi della L.104/92, di altri membri che convivono con il soggetto da assistere;
- copia modello ISEE redditi anno 2009, in corso di validità, attestante il reddito di tutti i componenti del nucleo familiare dell'assistito;
- copia modello ISEE redditi anno 2009, in corso di validità, attestante il reddito di tutti i componenti del nucleo familiare del richiedente, qualora non conviva con l'assistito;
- eventuale autocertificazione che attesti la regolare attività lavorativa dei figli o dei parenti conviventi, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.

Marsala li _____

IL DICHIARANTE