

ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI  
DEL COMUNE DI  
PETRALIA SOTTANA

Allegato A3

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

  I   sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,

sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- a) che nel proprio nucleo familiare è presente e convivente per vincolo di parentela, filiazione o affinità il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, anziano/a che ha compiuto settantacinque anni e versa in condizioni di non autosufficienza, cui vengono assicurate prestazioni di assistenza ed aiuto personale;
- b) di risiedere nello stesso comune dell'anziano di cui sopra;
- c) che il proprio nucleo familiare è residente in Sicilia da almeno un anno alla data di presentazione della domanda;
- d) che il suddetto soggetto anziano è stato riconosciuto disabile 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 ad € 7.000,00;

**CHIEDE**

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

Il buono di servizio (voucher) concesso dovrà esser 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 L.R. 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. 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%;

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

  1   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 \_\_\_\_\_

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

Firma del richiedente \_\_\_\_\_