



AMBITO SOCIALE N. 22 TORDINO-VOMANO

Comuni: Giulianova, Roseto degli Abruzzi, Bellante, Morro D'Oro, Notaresco, Mosciano S. Angelo

AMBITO SOCIALE N. 20 TERAMO

Comuni: Teramo, Montorio al V.

AMBITO SOCIALE N. 21 VAL VIBRATA

Comuni: Alba Adriatica, Ancarano, Civitella del Tronto, Colonella, Controguerra, Corropoli, Martinsicuro, Nereto, Sant'Egidio alla Vibrata, Sant'Omero, Torano Nuovo, Tortoreto.

AMBITO SOCIALE N. 23 FINO-CERRANO

Comuni: Arsita, Atri, Basciano, Bisenti, Canzano, Castiglione M. Raimondo, Castellalto, Castilenti, Cellino Attanasio, Cermignano, Montefino, Penna Sant' Andrea, Pineto, Silvi

AMBITO SOCIALE N. 24 GRAN SASSO-LAGA

Comuni: Campi, Civitella del Tronto, Cortino, Rocca S. Maria, Torricella Sicura e Valle Castellana, Arsita, Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del G.S., Pietracamela, Tossicia

AVVISO PUBBLICO

PER IL SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PER LA PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

PNRR – Missione 5 - Componente C2. Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Sub – Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti.

CUP: J44H22000350006

MODULO DI DOMANDA

All'Ufficio di Piano

Il/la sottoscritto/a:

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

Data di nascita | | | | | Nato/a a..... Prov.

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | Stato Civile.....

Residenza: Città..... Via.....

C.A.P.....Prov.....

Telefono | | | | | | | | | | | | | | |

Email.....@.....

DICHIARA DI:

- Condizione di non autosufficienza:(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)**

Persona in condizione di disabilità grave:

- Persona in condizione di non autosufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013):**

- Unione Dei Comuni Delle Terre Del Sole, Prot. N. 0004184 del 30-05-2025 in partenza

Situazione economica

l'ISEE socio-sanitario in corso di validità dall'uscita del Bando è di € _____.

Il beneficiario dichiara di:

- ☐ Vivere solo/a;
- ☐ Vivere con il coniuge anch'esso non autosufficiente o con disabilità grave, e/o con un familiare in condizione di non autosufficienza o disabilità grave certificata;
(situazione familiare da specificare)

- ☐ Vivere con il coniuge o altro familiare autosufficiente.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

- la concessione del beneficio economico di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;

- l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla procedura di selezione di cui all'Avviso in oggetto.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il beneficiario individuato nella presente scheda, informato sull'utilizzo dei propri dati personali sociali e sanitari, acconsente al trattamento dei dati propri da parte dell'Ambito Territoriale Sociale n.12 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

☐ SI

☐ NO

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n°445/2000, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi, forniture, lavori.

Luogo _____

Data _____

Firma _____



oppure

☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Altro (specificare)_____

Firma _____

Allegati:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del beneficiario
- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità del Familiare/Tutore/Amministratore di sostegno se firmatario della domanda;
- Copia del provvedimento di nomina del giudice tutelare che attesti la qualifica di tutore o amministratore di sostegno e i relativi poteri.
- Verbale di certificazione di disabilità grave o non autosufficienza;
- Autocertificazione di proprietà, comodato o usufrutto dell'immobile da riqualificare o documentazione attestante l'assegnazione in caso di alloggio di edilizia residenziale pubblica;
- Autocertificazione ISEE socio-sanitario riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità;