





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

### Persona in condizione di disabilità media

- Invalidi civili ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67>99% (D.lgs. 124/98, art. 5, c.7)
- Sordi Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (DM 27/8/1999, n. 332)
- Invalidi (L.222/84, artt.1 e 6 – DLgs503/92, art. 1, comma 8)
- Invalidi sul lavoro INAIL 50>79% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro 35>59%(D.Lgs 38/2000, art.13 –DM 12/7/2000 –L. 296/2006, art 1, comma 782)
- Inabili alle mansioni (L.379/55, DPR 73/92 e DPR171/2011)
- Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. A DPR 834/81 (71>80%)

### Persona in condizione di disabilità grave

- L. 104/92, art. 3 comma 3
- Inabili totali (L. 118/71, art. 2 e 12)
- Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Inabili 100% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)
- Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 – L. 138/2001)
- Sordi pre-linguali, di cui all'art. 50 L. 342/2000)
- Sordi ai sensi L. 381/1970, L. 95/2006 e L. 508/1988
- Inabili (L. 222/84, artt. 2, 6 e 8)
- Invalidi sul lavoro 80 >100% (DPR 1124/65, art. 66)
- Invalidi sul lavoro >59% (D.Lgs 38/2000, art.13 – DM 12/7/2000 – L. 296/2006, art 1, comma 782)

### Persona in condizione di non auto sufficienza (ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013)

- Soggetti con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b)
- Ciechi civili assoluti (L. 382/70 – L. 508/88 – L. 138/2001)
- Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84, art. 5)
- Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 – art. 66)
- Invalidi sul lavoro con menomazioni dell'integrità psicofisica di cui alla L. 296/2006, art 1, comma 782, punto 4 (con grado superiore al 60%)

## **Presenza di assistenza alla persona (caregiving):**

- SI
- NO

## **Se si, garantita da:**

- caregiver familiare: coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76
- caregiver familiare: familiare o di un affine entro il secondo grado (figli, genitori, fratelli ecc.)
- caregiver familiare: un familiare entro il terzo grado
- assistente familiare retribuito (es. colf, badante, assistente alla persona) dall'interessato o dal nucleo
- assistenza domiciliare (assistenziale o sociosanitaria o sanitaria) pubblica

**Titolarità abitazione:**

- Di proprietà con mutuo/ senza mutuo
- Alloggio di Edilizia Pubblica (importo mensile .....)
- Di non proprietà (specificare la tipologia di contratto .....)

**DICHIARA**

di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica della situazione economica complessiva del nucleo familiare in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ all'Ente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_.  
Dal calcolo effettuato dall'Ente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
attestato in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ sulla base della dichiarazione sostitutiva unica, risulta un ISEE in corso di validità di Euro \_\_\_\_\_, ( DPCM n. 159/2013 e s.m.i.).

<sup>1</sup>Specificare a quale Ente è stata presentata o attestata la dichiarazione (ad esempio: Comune, Centro di assistenza fiscale – CAF, sede e agenzia INPS)

**OPPURE**

**DICHIARA CHE**

l'ISEE socio-sanitario corrente (o ordinario, ove più favorevole) in corso di validità dall'uscita del Bando è di € \_\_\_\_\_.

**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'ASP AMBITO 9, 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'ASP AMBITO 9, 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 E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

### **Allegati:**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sottoscrittore, se diverso dall'interessato
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno)
- Verbale di certificazione di disabilità media, grave o non autosufficienza come definite dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B)
- Copia dell'atto di proprietà dell'immobile da riqualificare o copia del contratto di locazione in caso di residenza presso un alloggio di edilizia residenziale pubblica o di qualsiasi altro documento che attesti il tipo di contratto intestato al beneficiario;
- Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità