**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: Campli, 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:**

- Conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- Avere i requisiti per la partecipazione, in particolare:
  - Essere persona anziana che ha compiuto il 65° anno di età alla data di presentazione della domanda;
  - Essere residente in uno dei Comuni degli ADS aderenti al progetto;
  - Disporre di un immobile di proprietà o di un alloggio di edilizia residenziale pubblica oppure essere in possesso di regolare contratto di comodato o usufrutto, con scadenza almeno il 30/03/2026, e avere residenza o domicilio effettivo nello stesso. L'abitazione dovrà essere messa a disposizione per consentire interventi di leggera riqualificazione finalizzati all'adattamento degli spazi alle esigenze della persona, in coerenza con gli obiettivi del progetto;
  - Essere in condizione di disabilità grave o non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente" (Allegato 3 del DPCM 159/2013);
  - vivere da solo oppure in coppia con un altro soggetto anziano over 65 (così come risultante dallo stato di famiglia), e/o con un familiare in condizione di non autosufficienza certificata oppure vivere con il coniuge o altro familiare autosufficiente. Sono ammesse anche le persone non autosufficienti nel cui nucleo risulta un assistente familiare con regolare contratto;

**<u>Condizione di non autosufficienza:(indicare una o più delle condizioni sotto descritte)</u>**

**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 volgere 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 autosufficienza (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%);

**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.

o SI o 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;