**ALLEGATO A. DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEL PROGETTO PNRR M5C2 – INVESTIMENTO 1.1.2 “AZIONI PER UNA VITA AUTONOMA E DEISTITUZIONALIZZAZIONE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI” CUP G84H22000060006.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. o stato estero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email (scrivere in modo chiaro e leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(da compilare solo se necessario)***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. o stato estero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email (scrivere in modo chiaro e leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di: ❑ tutore ❑ amministratore di sostegno**

**Per conto di:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. o stato estero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email (scrivere in modo chiaro e leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Nazionalità:**

❑ Italiana ❑ Comunitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ Extracomunitaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Permesso di soggiorno: Data inizio permanenza |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_ scadenza …………………………….

**Tipo:**

❑ Permesso di soggiorno U.E. per soggiornanti di lungo periodo. ❑ Protezione

* **Stato civile:**

❑ Celibe/Nubile

❑ Coniugato/a

❑ Unioni civile

❑ Convivente

❑ Separato / Divorziato

❑ Vedovo/a

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

❑ **Nessuna disabilità**

❑ **Disabilità lieve 41-45%**

Persona in condizione di disabilità **media**

❑ Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, con invalidità compresa tra il **67 ed il 99%**

❑ Ciechi civili art. 4 L. 138/2001

❑ Invalidi Civili con cofosi esclusi dalla fornitura protesica (D.M. 27/8/1999, n. 332)

❑ Invalidi (L. 222/84, artt.1 e6 – D.Lgs 503/92, art. 1 comma 8)

❑ Invalidi sul lavoro 50 >79% (D.P.R. 1124/65, art. 66)

❑ Invalidi sul lavoro 35>59% (D.Lgs 38/2000, art. 13 -D.M. 12/7/2000 – L. 296/2006, ART. 1, COMMA 782)

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 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 2

❑ 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 sì, 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

* **Composizione del nucleo familiare:**
* il nucleo familiare è così composto:

1. ……………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………….

* vive con il Sig./Sig.ra………………………nato/a a……………………il……………...

in condizione di fragilità;

* vive solo/a
* **In possesso di Attestazione ISEE:**

❑ SI ❑ NO

Dal calcolo effettuato dall’Ente (ente presso il quale è stata presentata o attestata DSU – CAF, INPS, COMUNE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

attestato in data \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ sulla base della dichiarazione sostitutiva unica2, risulta un ISEE in corso di validità di Euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( DPCM n. 159/2013 e s.m.i.) data scadenza ISEE \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

* **Titolarità abitazione:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- l’ammissione al progetto di cui al presente Avviso è subordinata al rispetto degli impegni sottoscritti dal beneficiario nel progetto assistenziale tra le parti, che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;

- è responsabilità del beneficiario comunicare all’ATS 13 qualunque cambiamento intervenuto nella sua situazione che determini la perdita anche di uno solo dei requisiti di accesso di cui all’art. 2 e/o il verificarsi di una delle condizioni di cui all’art. 8 del presente Avviso;

- l’ATS 13 può effettuare i dovuti controlli circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini della partecipazione all’Avviso, anche d’intesa con l’Agenzia delle Entrate e con la Guardia di Finanza. In caso di dubbia attendibilità delle dichiarazioni rese, l’Unione richiede all’interessato la documentazione.

- qualora il cittadino si rifiuti, in sede di controllo, di presentare la documentazione richiesta, la domanda viene esclusa;

- 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 dal beneficio concessogli ed incorre nelle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi attualmente vigenti in materia. In tal caso l’Ente ha facoltà di rivalsa per le somme equivalenti ai servizi indebitamente percepiti.

**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.13 – Comune di Osimo Ente Capofila, 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.

**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;

- Per cittadini extracomunitari **copia titolo di soggiorno in corso di validità**;

- Eventuale **provvedimento di protezione giuridica** del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);

- Eventuale documentazione sanitaria nella disponibilità del richiedente