

All.A

III. SINDACO
del Comune di

.....

Il Sottoscritto

nato a il residente a

..... in via

telefono

CHIEDE

.....
.....
.....
.....

Ringrazia e porge distinti saluti

..... li

Firma

.....

COMUNE DI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

L'anno duemila..... addì
del mese di nell'Ufficio Comunale, davanti a me
.....
..... è comparso/a il/la sig./sig.a
.....
nato/a a il
..... residente in via
..... n° il/la quale, reso/a
edotto/a delle sanzioni penali che in caso di mendaci dichiarazioni sono comminate dall'art.
496 del Codice Penale, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi del d.P.R. 445/2000:

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare di fatto è il seguente:
.....(la dichiarazione può essere sostituita dal certificato anagrafico di famiglia).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- che esistono / non esistono parenti, tenuti agli alimenti, in grado di provvedere alle esigenze del sottoscritto;

- che esistono parenti, tenuti agli alimenti, che di fatto provvedono ad alcune esigenze del sottoscritto, ma non possono impegnarsi ulteriormente;
- che l'ammontare del reddito reale del sottoscritto e/o del proprio nucleo familiare ai sensi del d.Lgs. 109/98 e ss.mm.ii., è costituito da reddito da lavoro dipendente e/o assimilabili + redditi immobiliari, come risultanti dalla certificazione ISEE, nonché da fonti di reddito (assegni, vitalizi, rendite...) escluse per la determinazione del reddito fiscale, pari a €annui, che di seguito si elencano:

- pensioni di guerra	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- pensione sociale	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- rendite INAIL	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- indennità di accomp.to	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- pens./assegno di inv.tà	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- assegno di frequenza	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- altro (specificare).....			
-	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- altro (specificare).....			
-	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi
- altro (specificare).....			
-	SI	NO	per un ammontare mensile di € x ... mesi

Letta e confermata la propria dichiarazione, il dichiarante la sottoscrive.

IL DICHIARANTE

.....

Io sottoscritto

attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, previo accertamento della sua identità personale, mediante esibizione di idoneo documento (o conoscenza personale)

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

..... li

L'INCARICATO

.....

COMUNE DI

PROGETTO DI INTERVENTO

Oltre alle notizie di inquadramento del nucleo familiare mediante scheda anagrafica individuale desumibile dall'Osservatorio regionale sui Fenomeni Sociali, occorrerà precisare:

descrizione della situazione sociale individuale e familiare

precisazione di obiettivi :

- di lungo termine
- di medio termine (diciotto mesi)
- di breve termine (sei mesi)

modalità e durata

possibilità di coinvolgimento dei parenti tenuti agli alimenti

verifiche previste

SCHEDA REQUISITI D'ACCESSO

Sig. _____

Residente in _____ tel. _____

NUCLEO FAMILIARE	I valuta- zione punti	I verifica punti	II verifica punti	III verifica punti	IV verifica punti
Solo	15				
Coniuge ***	0				
Genitori***	1				
Figli ***	2				
Fratelli/Sorelle/Suocero- a/Genero/Nuora***	3				
Nipoti/Conviventi non tenuti***	4				
Presenza di conviventi in condizioni di disabilità almeno dell'80%	5				
TOTALE PARZIALE					
PARENTI TENUTI AGLI ALIMENTI (art. 433 C.C.)	I valuta- zione punti	I verifica punti	II verifica punti	III verifica punti	IV verifica punti
Senza parenti in vita	10				
Coniuge ***	0				
Genitori ***	1				
Figli ***	2				
Fratelli/Sorelle/Suocero-a/Genero/Nuora ***	3				
Nipoti diretti	4				
TOTALE PARZIALE					

*** nel caso in cui siano presenti più figure parentali, il punteggio da assegnare è quello riferito alla prima figura esistente secondo l'ordine di priorità indicato dalle tabelle di cui sopra.

AUTONOMIA DEL SOGGETTO (autonomo rispetto a ...) SI p. 0 – NO p. 1 – IN PARTE p. 0,5 (max punti 20)	I valuta- zione punti	I verifica punti	II verifica punti	III verifica punti	IV verifica punti
Alzarsi Vestirsi Svestirsi Lavarsi mani e faccia Lavarsi i piedi Farsi bagno e doccia Alimentarsi Camminare e muoversi Ricordare le cose Orientamento in casa Orientamento fuori dalla residenza Cura del proprio aspetto Tenere in ordine i propri effetti personali Cura della propria salute Gestione del denaro, affari Uso dei servizi igienici Continenza urinaria Continenza fecale Udito Vista TOTALE PARZIALE					
AUTONOMIA DEL SOGGETTO (è aiutato rispetto a ...) SI p. 0 – NO p. 1 – IN PARTE p. 0,5 (max punti 20)	I valuta- zione punti	I verifica punti	II verifica punti	III verifica punti	IV verifica punti
Alzarsi Vestirsi Svestirsi Lavarsi mani e faccia Lavarsi i piedi Farsi bagno e doccia Alimentarsi Camminare e muoversi Ricordare le cose Orientamento in casa Orientamento fuori dalla residenza Cura del proprio aspetto Tenere in ordine i propri effetti personali Cura della propria salute Gestione del denaro, affari Uso dei servizi igienici Continenza urinaria Continenza fecale Udito Vista TOTALE PARZIALE					

SITUAZIONE ECONOMICA

prima fascia	ISE pari o inferiore al Minimo Vitale riparametrato di cui all'art. 6 del Regolamento	Punti 35
seconda fascia	Prima Fascia + 25 % del Minimo Vitale	Punti 26
terza fascia	Seconda Fascia + 25 % del Minimo Vitale	Punti 17
quarta fascia	Terza Fascia + 25 % del Minimo Vitale	Punti 8
	ISE oltre il limite stabilito per la quarta fascia	Punti 0

Data della prima valutazione _____

Data della prima verifica _____

Data della seconda verifica _____

Data della terza verifica _____

Data della quarta verifica _____

L'assistente sociale referente

L'assistente sociale
Coordinatore

.....

PROSPETTO DI CALCOLO PER I SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Per il calcolo della partecipazione economica degli utenti al servizio di Assistenza Domiciliare e Pasti Caldi a Domicilio vengono individuate quattro fasce di partecipazione alla spesa da parte degli utenti come segue:

Fascia di appartenenza	Valore ISEE in euro*	Tariffe
Prima	Pari o inferiore a Minimo Vitale	Esenzione totale
Seconda	Da M.V. a (M.V. + 40 %)	30% della tariffa
Terza	Da (M. V. + 40%) a (M.V. + 80%)	70% della tariffa
Quarta	Da (M.V. + 80%) a (M.V. + 120%)	100% della tariffa
Quinta	Superiore a (M.V. + 120%)	150% della tariffa

*(arrotondato all'euro per eccesso)

Per i nuclei familiari con un minore in affidamento familiare o con un componente non autosufficiente dichiarato tale ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 il valore ISEE della prima fascia viene innalzato del 15%:

Fascia di appartenenza	Valore ISEE in euro*	Tariffe
Prima	Pari o inferiore a Minimo Vitale+ 15%	Esenzione totale
Seconda	Da M.V. + 15% a (M.V. + 55 %)	30% della tariffa
Terza	Da (M. V. + 55%) a (M.V. + 95%)	70% della tariffa
Quarta	Da (M.V. + 95%) a (M.V. + 135%)	100% della tariffa
Quinta	Superiore a (M.V. + 135%)	150% della tariffa

*(arrotondato all'euro per eccesso)