



ZONA SOCIALE N. 4 DELL'UMBRIA

Sezione 1): Domanda di ammissione

Progetto di “*domiciliarità*” a favore delle persone anziane non autosufficienti

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE

Cognome _____	Nome _____	nato/a
Nato/a il _____	a _____	Prov. _____
residente in _____	Via/Piazza _____	n ° _____ CAP _____
domiciliato presso _____		
CAP _____	tel. _____	cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile ² _____	Indirizzo email _____	
Cittadinanza ³		
☐ cittadino italiano; ☐ cittadino comunitario; ☐ familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____; ☐ cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno rilasciato da _____ con scadenza il _____ in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data; ☐ titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) _____ ☐ titolare di status di protezione sussidiaria _____		

² Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

³ Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.



QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE O DEL FAMILIARE IN LINEA RETTA FINO AL PRIMO GRADO O DEL CONIUGE

Cognome _____	Nome _____
Grado di parentela _____	specificare _____
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____	
nato/a il _____	a _____ Prov. _____
e residente in _____ Comune afferente la Zona sociale n. 4,	
Via / P.zza _____	n.° _____ CAP _____
tel. _____	Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto):	

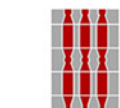
Vista la Determinazione del Responsabile della Zona Sociale n.4 n. 737 del 28/07/2025 con la quale è stato aperto l'Avviso pubblico per la selezione di candidature di accesso ai benefici concessi con i progetti per la "domiciliarità" a favore delle persone con disabilità;

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CHIEDE

Di essere ammesso in qualità di persona anziana non autosufficiente o in qualità di legale rappresentante di ammettere la persona anziana non autosufficiente (Nome _____/Cognome _____), come sopra rappresentata, sulla base della valutazione effettuata da parte dei servizi territorialmente competenti, alla realizzazione del progetto per *domiciliarità* a favore delle persone anziane non autosufficienti.

A tale fine



Regione Umbria

**DICHIARA****QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO**

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione ⁴ :
I°						
II°						
III°						
IV°						

QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

di essere in possesso di **attestazione di condizione di disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato art. 3 c.1, art.3 c. 3 legge 5 febbraio 1992, n. 104** rilasciata in data ____/____/____ da_____, con verbale n._____.

di essere di essere riconosciuto **Invalido civile almeno al 75%** riconosciuta dal _____ da _____.

⁴ trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;

- accertata condizione di disabilità art. 3, c.c.1 e/o. 3 della legge 104/92⁴



QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE socio-sanitario del valore ricompreso tra:

- fino ad € 5.000,00
- da € 5.001,00 ad € 10.000,00
- da € 10.001,00 ad € 15.000,00
- da € 15.001,00 ad € 20.000,00

DICHIARA INFINE

di godere dei diritti civili e politici. *(I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria).*

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.



Titolari del trattamento dei dati personali sono i Comuni della Zona Sociale 4 e il Comune di Marsciano, in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 4. Responsabili del trattamento sono i Responsabili dei Servizi Sociali di ciascun Comune e il Responsabile dell'Area Sociale del Comune di Marsciano, quale capofila. Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, il richiedente autorizza il Comune di Marsciano, capofila della Zona Sociale n. 4, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda.

Data _____

Firma

Quadro E: Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art.

QUADRO E – IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____	
Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____	
Data _____	
Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)	
Firma _____	



Sezione 2): Formulario di Progetto personale per la “domiciliarità”

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ in

qualità di persona anziana non autosufficiente o il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____ in

qualità di legale rappresentante/familiare in linea retta fino al primo grado o coniuge della persona

anziana non autosufficiente (nome _____

cognome _____)

DICHIARA

di voler realizzare il seguente **progetto personale per la domiciliarità**:

/ Obiettivi del progetto e durata dello stesso:

/ Condizione attuale:

▪ Ricovero presso una struttura residenziale al momento della presentazione della domanda: SI ☐ NO ☐

▪ beneficio di servizi /interventi sociali, socio-sanitari, sanitari: SI ☐ NO ☐

Se SI, specificare di quali interventi o prestazioni si beneficia (es. assistenza domiciliare, contributi economici, trasporto sociale, centro diurno) modalità e tempi (es. ore settimanali di assistenza domiciliare),



- Presenza di un assistente familiare, già contrattualizzato al momento di presentazione della domanda, per lo svolgimento di attività diverse da quelle indicate nel progetto per la “*domiciliarità*”.

SI ☐ NO ☐

☐

Se SI, per un totale di € _____ mensili.

- II. **Obiettivi di prevista evoluzione del progetto** connessi a salute, relazione affettive e di cura, relazioni sociali, autonomia ed autosufficienza personale, formazione, lavoro, mobilità, espressione personale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- III. **Necessità della persona:**

- Assunzione con contratto di lavoro dell’assistente familiare nel rispetto della normativa vigente¹: *(sono accoglibili solo le domande solo per assunzioni di assistente familiare con regolare contratto di lavoro domestico per un minimo di 24 ore settimanali e per una durata del rapporto di lavoro di almeno 12 mesi)*

SI ☐ NO ☐

Generalità dell’assistente familiare (se conosciute al momento di presentazione della domanda):

Cognome _____ Nome _____
 nato/a il _____ a _____
 Prov. _____ in _____ Via/P.zza _____ n.° _____
 CAP _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
 Stato Civile _____ Cittadinanza² _____

Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):

¹ 1) Tra l’assistente personale e la persona con disabilità non può sussistere vincolo di coniugio o di parentela fino al secondo grado (linea diretta e collaterale). Non è obbligatorio che l’assunzione dell’assistente familiare sia avvenuta al momento di presentazione della domanda.



IV **Costi previsti:**

- Assistente familiare:
 Stipendio € _____
 Contributi € _____
 Totale busta paga mensile € _____
 Costo totale (totale buste paga per durata in mesi) € _____
- Altri costi totale (specificare): € _____

INOLTRE DICHIARA

- di assumersi personalmente **la responsabilità della realizzazione del progetto;**
- di **individuare in piena autonomia l'assistente familiare;**
- di assumere, in qualità di datore di lavoro tutti gli **obblighi discendenti dall'instaurazione diretta del rapporto di lavoro con l'assistente familiare** nel rispetto della normativa;
- di **rinunciare/rimodulare gli interventi di cui attualmente beneficia**, se previsti nel progetto di *domiciliarità*.

INFINE SI IMPEGNA:

- ad uscire dalla struttura residenziale nella quale è ricoverato nell'ipotesi di cui all'art. 3 comma 2 dell'Avviso.
- a rendere le comunicazioni previste dall'art. 7 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

Data, _____

Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa dal candidato in presenza di un impedimento dello stesso a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la dichiarazione del
 Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____
 Della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____



Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso)

Allegati:

- 1) copia della certificazione ISEE socio-sanitario;
 - 2) copia dalla documentazione sanitaria da cui risulti l'invalidità civile pari almeno al 75% e/o l'accertamento della condizione di disabilità condizione con necessità di sostegno elevato o molto elevato art. 3 c.1, art.3 c. 3 legge 5 febbraio 1992, n. 104;
 - 3) copia del documento di identità della persona anziana non autosufficiente.
 - 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino.
 - 5) copia del documento di identità dell'anziano non autosufficiente e del rappresentante legale / familiare/ coniuge.
- Firmatari.