



COMUNE DI RAPOLLA

Provincia di Potenza

Capofila Ambito Socio Territoriale n° 5 Vulture Alto Bradano
(Comuni di: Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, Melfi, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Pescopagano, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele e Venosa)



Al Servizio Sociale del
Comune di

Fruizione di servizi a sostegno della domiciliarità e dell'autogoverno per persone anziane con limitazioni dell'autonomia
(D.G.R. Basilicata n. 175 del 26 febbraio 2018 "PO FSE BASILICATA 2014-2020 ASSE 2 - Priorità 9iv - Obiettivo specifico 9.3 - Azione 9.3.6")

IL SOTTOSCRITTO:

Cognome	Nome	
Nato il	a	
Residente a	in via	n°
Telefono	Stato civile	
Codice fiscale	Scolarità	
Persona di riferimento Sig.	Telefono	
Quale		
Domiciliato a	in via	n°

CHIEDE

L'ammissione alla fruizione dei benefici previsti della D.G.R. Basilicata n. 29 del 22.01. 2018.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. a 445 del 2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE:

• **il proprio nucleo familiare (compreso il richiedente) è composto da:**

N° _____ componenti di cui N° _____ portatori di handicap:

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice Fiscale	Relazione di parentela con il richiedente	Condiz. di Disabilità (SI/NO)

- a) si trova in condizioni di svantaggio e di particolare vulnerabilità e fragilità sociale;
- b) ha compiuto il 75° anno di età;
- c) vive nel proprio domicilio;
- d) ha una compromissione funzionale — cognitiva lieve accertata (dal Medico di Medicina Generale), che può pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale;

- il proprio nucleo familiare ha un reddito di:

Valore ISEE € _____ con scadenza il _____

- Il proprio nucleo familiare è beneficiario delle seguenti misure di accompagnamento o benefici assistenziali comunque denominati:
 - Reddito Minimo di Inserimento (RMI);
 - Reddito di Inclusione (REI);
 - Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA)
 - Indennità di accompagnamento;
 - Assegno di Invalidità/Indennità di frequenza;
 - Pensione di anzianità;
 - Altri benefici assistenziali (ad es. contributi economici erogati dal Comune, esenzione dal pagamento delle tariffe servizi pubblici, contributi per emodializzati e talassemici, ecc) Specificare _____

Si autorizza il trattamento dei dati in conformità del D.Lgs 196/2003

_____, li _____

In fede
