

autosufficiente, in presenza di condizioni di povertà del nucleo familiare nel quale il congiunto vive abitualmente.

A tal fine **DICHIARA** sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000):

- a) che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di _____ (anni compiuti);
b) che lo stesso risiede continuativamente da almeno un anno alla data del 30 ottobre 2006 nel domicilio del nucleo familiare che si impegna ad assumersi il carico di cura

ovvero

- b1) che lo stesso vive solo, ma con un familiare, parente entro il terzo grado ed affine entro il secondo grado, che si assume l'impegno di cura necessario rispetto alle condizioni di non autosufficienza;
c) che il destinatario del beneficio richiesto è gravemente non autosufficiente e bisognoso di assistenza continuativa al fine della conduzione di una vita dignitosa e/o al fine di conciliare le condizioni di non autosufficienza grave e le attività di studio, lavorative, sociali, ricreative;
d) che lo stesso è stato riconosciuto invalido al 100% con diritto alla Indennità di accompagnamento, secondo quanto attestato dalla documentazione allegata;

ovvero

- d1) che lo stesso è affetto dalla seguente patologia invalidante _____, così come attestata dalla certificazione medica allegata, e di avere fatto richiesta di certificazione di invalidità ai sensi della L. n. 104/1992 in data ____/____/____;
e) che il valore ISEE del nucleo familiare convivente, certificato in data non antecedente a un semestre dalla data di pubblicazione dell'Avviso in oggetto cioè al 27 settembre 2006, è pari ad Euro _____,00;
f) che i redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2005, sono stati pari ad Euro _____,00;
g) che il nucleo familiare nel quale vive abitualmente il destinatario del beneficio richiesto è composto da num _____ componenti complessivamente, di cui num _____ di età inferiore a 6 anni e di cui num _____ di età superiore a 64 anni;
h) che la condizione lavorativa del capofamiglia del nucleo familiare nel quale vive abitualmente la persona non autosufficiente è la seguente:

| n. | Cognome e Nome | Data e Luogo di nascita | Relaz. parentela | Stato occupazione a tempo pieno | Stato occupazione a tempo parziale | Stato occupazione disoccupato |
|----|----------------|-------------------------|------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

ovvero

- h1) che la condizione lavorativa del destinatario del beneficio richiesto è la seguente:

_____;

- i) che la condizione di non autosufficienza del destinatario del beneficio richiesto, in termini di prestazioni assistenziali richieste a supporto, **attestata da certificazione medica**, è di:
- livello elevato (gestione di disturbi comportamentali aggressivi e pericolosi, somministrazione assistita degli alimenti ovvero alimentazione artificiale, effettuazione delle attività di igiene personale quotidiana, mobilitazione e prevenzione delle patologie da immobilizzazione, assistenza continuativa, sostituzione e integrazione nelle relazioni personali);
- livello alto (gestione di disturbi comportamentali e cognitivi, aiuto nell'alimentazione, aiuto nella mobilitazione e deambulazione assistita con ausili, aiuto nell'assolvimento delle attività di igiene personale, effettuazione delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona, effettuazione dell'attività di vestizione, assistenza globale per incontinenza, sostegno

- nel mantenimento delle relazioni personali interne ed esterne al nucleo familiare);
- livello medio (attività per il mantenimento di idonee condizioni igienico sanitarie dell'ambiente di vita, aiuto nella vestizione, aiuto nelle operazioni periodiche di pulizia completa della persona, supervisione e sorveglianza della persona non autosufficiente, preparazione dei pasti e dell'assunzione degli alimenti, supervisione della deambulazione, aiuto nella gestione della incontinenza e/o nell'uso di servizi igienici, aiuto nell'espletamento di attività significative per la socializzazione e per il mantenimento di attività di studio/lavoro, attività di riattivazione/stimolazione per il mantenimento delle residue capacità psico-fisiche).

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al beneficio richiesto, si impegna a siglare un "contratto" con il Servizio Sociale del Comune di Barletta, nel quale saranno definite le modalità dell'impegno di cura a carico della famiglia, soggetto a verifica periodica da parte del Comune stesso.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

La sig.ra / il sig. _____

- Autorizza** il Servizio Servizio Sociale del Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del contributo economico in parola, ai sensi del D. Legs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data) _____

(Firma) _____

Documenti allegati num _____:

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITÀ O DOCUMENTO EQUIVALENTE DEL RICHIEDENTE**
- stato di famiglia del nucleo familiare interessato ovvero autocertificazione
- verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile L. n. 104/1992) e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciato da strutture del SSN
- autocertificazione dei proventi ad ogni titolo percepiti dal soggetto richiedente il contributo
- certificato ISEE del nucleo familiare
- certificato medico che attesta il livello elevato, alto e medio di assistenza
- altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti tra quelli indicati nel presente Avviso pubblico _____

FIRMA

Sigla dell'Impiegato ricevente