



- essere in condizione di non autosufficienza come definita dalla Tabella allegata al Regolamento ISEE (Allegato B);
- di voler intraprendere un percorso di "assistenza domiciliare" sperimentale.

**CHIEDE**

***L'ammissione al Progetto Innovativo e sperimentale  
"Condominio Sociale"***

**ANAGRAFICA UTENTE**

Nome.....Cognome .....

Data di nascita |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| nato/a ..... Prov. ....

Codice fiscale..... N° Tessera Sanitaria .....

Residenza: Città ..... Prov. .... C.A.P. ....

Via/Piazza .....

Domicilio (se diverso da residenza): Città ..... Prov. ....

Via/Piazza ..... C.A.P. ....

Telefono utente |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

E-mail .....

**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 di non autosufficienza (indicare una o più delle condizioni sotto descritte).**

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)
- 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 si, 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

**Titolarietà abitazione:**

- Proprietà
- Alloggio di Edilizia Pubblica

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE**

- la concessione del beneficio economico di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un progetto assistenziale tra le parti che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica;

- l'ufficio di coordinamento del Distretto Socio-sanitario RM 5.6, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, 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 dai benefici ottenuti.

**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 del Distretto Socio-sanitario RM 5.6 e dei Servizi Sociali del Comune di residenza, 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 pubblici.

LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

#### **N.B allegare alla domanda i seguenti documenti:**

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, del beneficiario e del soggetto sotto-scrittore, se diverso dall'interessato;
- Eventuale provvedimento di protezione giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Verbale di certificazione di non autosufficienza;
- Copia dell'atto di proprietà dell'immobile da riqualificare;
- Copia del contratto di comodato o titolo attestante l'usufrutto con scadenza almeno al 31/03/2026.
- Certificazione ISEE riferita all'ultimo periodo di imposta e in corso di validità;