



COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

**Allegato A.1) all'Avviso**  
**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 il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Comune afferente la Zona Sociale n. 1 Via/P.zza _____ n.° _____ CAP _____
domiciliato _____ presso _____
CAP _____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
Stato civile <sup>1</sup> _____ Indirizzo email _____
Cittadinanza <sup>2</sup> 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 n. _____ rilasciato da _____ con scadenza il _____

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente.

<sup>2</sup> 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.





**COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1**

\_\_\_\_\_ o 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 \_\_\_\_\_;

**QUADRO A1- GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE(FIGLIO, CONIUGE) DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_ specificare \_\_\_\_\_  
In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore, figlia/o, coniuge) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona sociale n. \_\_\_\_\_ 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 Determina Dirigenziale \_\_\_\_\_ con la quale è stato approvato 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 figlio/a, coniuge, legale





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

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

### DICHIARA

#### QUADRO B – COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

Componente	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Condizione <sup>3</sup>
I°						
II°						
III°						

#### QUADRO C – CONDIZIONE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE O DI NON AUTOSUFFICIENZA

di essere in possesso di **attestazione di handicap in situazione di gravità ex art. 3 e 4 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 \_\_\_\_\_

#### QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE

Di possedere un ISEE 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

<sup>3</sup> trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- invalidità civile almeno pari al 75%;
- accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92<sup>3</sup>





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

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).*

Di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso il Comune di Città di Castello in qualità di titolare e responsabile.

Il richiedente di cui al presente avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto in base all'art. 7 del D.lgs. 196/2003, di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Città di Castello, capofila della Zona Sociale n. 1. Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune capofila, Dott.ssa Giuliana Zerbato.

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. 4).**

#### 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 _____		

4



Città di Castello

Zona Sociale 1



COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

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 figlio, coniuge, legale rappresentante della		
persona anziana non autosufficiente (nome _____ _cognome _____)		

**DICHIARA**

di voler realizzare il seguente <b>progetto personale per la <i>domiciliarità</i></b> :	
<b>I. Obiettivi del progetto e durata dello stesso:</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
<b>II. Condizione attuale:</b>	
▪ 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),	
_____	
_____	





COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

- 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.

- III. **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):

---

---

---

---

---

---

---

---

- IV. **Necessità della persona:**

---

---

---

---

---

---

---

---

- Assunzione con contratto di lavoro dell’assistente familiare nel rispetto della normativa vigente<sup>4</sup>:

SI NO

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 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.





## COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

CAP _____	tel. _____	Codice _____	Fiscale _____
Stato _____	civile <sup>1</sup> _____	Cittadinanza _____	2 _____
<b>V. Tipologia di contratto stipulato e impegno orario mensile (specificare):</b> _____			
<b>VI. Costi previsti:</b>			
• <b>Assistente familiare:</b>			
Stipendio € _____			
Contributi € _____			
Totale busta paga mensile € _____			
Costo totale (totale buste paga per durata in mesi ) € _____			
• <b>Altri costi totale (specificare)<sup>5</sup>: € _____</b>			

### 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. 8 c. 2 e c. 3 dell'Avviso, nei modi e nei termini ivi previsti.

<sup>5</sup> Qualora il progetto o parte di esso sia finanziato con risorse nazionali regionali o locali, fermo restando il tetto massimo previsto per singolo intervento, oltre ai costi sopra declinati, possono essere ricompresi altri costi afferenti la realizzazione del progetto personale per la domiciliarità quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelle relative a servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana non autosufficiente (ad es. trasporto e mobilità mensa lavanderia ecc.).

Non potranno essere finanziati costi relativi ad interventi in strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali ad eccezione di quanto previsto all'art. 3, c. 2 dell'Avviso.





COMUNE DI CITTA' DI CASTELLO – ZONA SOCIALE 1

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 _____ <p style="text-align: right;">Il pubblico Ufficiale (Timbro e firma per esteso) _____</p>
--

**Allegati:**

- 1) copia della certificazione ISEE;
- 2) documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nell'ipotesi in cui si benefici di servizi/interventi socio- sanitari e sanitari;
- 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 del rappresentante legale, figlio, coniuge (nell'ipotesi in cui rappresenta la persona anziana non autosufficiente).

