



# CITTÀ DI CATANZARO

## SETTORE POLITICHE SOCIALI

Via Fontana Vecchia, 50 - Tel. 0961881541

PEC: [sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it](mailto:sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it)

Prot. n° 160113

Catanzaro, 23/11/2021

Ai Comuni dell'Ambito Territoriale  
di Catanzaro  
SEDE

**OGGETTO: Trasmissione "AVVISO DI PROROGA DEI TERMINI DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER I SERVIZI A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONE DI ANZIANITA' E DISABILITÀ ED RISPETTIVI ALLEGATI - CUP. D99J21003460003"**

Con la presente, si trasmettono i seguenti atti, al fine di consentire ai Comuni dell'Ambito la pubblicazione degli stessi nei rispettivi Albi Pretori, da effettuare **in data martedì 23/11/2021 per giorni 15(quindici):**

- "AVVISO DI PROROGA DEI TERMINI DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER I SERVIZI A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONE DI ANZIANITA' E DISABILITÀ ED RISPETTIVI ALLEGATI - CUP. D99J21003460003;
- ALLEGATO A
- ALLEGATO B
- ALLEGATO C

Altresì, si coglie l'occasione per richiedere conferma circa l'avvenuta pubblicazione degli Atti di cui all'Avviso Pubblico per i servizi di assistenza domiciliare sui portali di appartenenza.

Nel ringraziare per la fattiva collaborazione si porgono distinti saluti.

La Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Gabriella Melina



*D. ORDINE*  
Il Dirigente del Settore  
Avv. Saverio Molica



# CITTÀ DI CATANZARO

## SETTORE POLITICHE SOCIALI

Via Fontana Vecchia, 50 - Tel. 0961881541

PEC: [sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it](mailto:sett.politichesociali@certificata.comune.catanzaro.it)

**AVVISO DI PROROGA DEI TERMINI DI SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER I SERVIZI A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN CONDIZIONE DI ANZIANI E DISABILITÀ ED RISPETTIVI ALLEGATI - CUP. D99J21003460003**

Premesso che,

- con Determinazione Dirigenziale n. 3183 del 12/11/2021 è stato approvato l'Avviso Pubblico per i servizi a favore di persone non autosufficienti in condizione di anzianità e disabilità ed i rispettivi allegati - cup. D99j21003460003;

- con Determinazione Dirigenziale n. 3317 del 23/11/2021 è stata rettificato l'art. 6 "MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDE" dell'Avviso Pubblico per i servizi a favore di persone non autosufficienti in condizione di anzianità e disabilità ed i rispettivi allegati - cup. D99j21003460003, e, per l'effetto, gli Allegati A e B al medesimo Avviso, eliminando, in relazione alla richiesta di DSU e di attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore, la dicitura "con riferimento ai redditi 2020";

- con la medesima determinazione Dirigenziale è stata definita come dicitura corretta la seguente "*Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore*"

Dato atto che, ai fini della completezza della documentazione da presentare, la DSU e l'attestazione ISEE socio-sanitario si intende siano in corso di validità;

### SI RENDE NOTO

1. Che, ai fini della completezza della documentazione da presentare, la DSU e l'attestazione ISEE socio-sanitario si intende siano in corso di validità;
2. Che i termini per la presentazione delle domande di cui all' "Avviso Pubblico per i servizi a favore di persone non autosufficienti in condizione di anzianità e disabilità ed i rispettivi allegati - cup. D99j21003460003" a seguito della rettifica per errore materiale *de qua*, sono stati prorogati per ulteriori giorni 7 (sette) dalla data odierna.

Restano valide le domande già presentate sino alla data di pubblicazione del presente avviso.

La Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Gabriella Melina



Il Dirigente del Settore  
Avv. Saverio Morica



-la condizione familiare del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):

- persona non autosufficiente che vive sola
- persona che vive sola con coniuge e/o figli non autosufficienti
- persona che vive sola con figli residenti fuori del Comune
- persona che vive sola con figli residenti nel Comune
- persona che vive con coniuge e/o figli autosufficienti ,

-che lo stato di salute del beneficiario è il seguente (*barrare la voce che interessa*)::

- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
- persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
- persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza;
- usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio assistenziale \_\_\_\_\_;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);
- che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_ persone;

#### ALLEGA alla presente

1. Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Mod.C allegato al presente avviso);
2. Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore;
3. Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
4. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
5. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
6. Attestazione A.S.P. dalla quale si evince l'inserimento in A.D.I. (se assistito);
7. Verbal Commissioni Sanitarie (L. n. 104/1992);
8. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

---

---

---

## AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D.lgs 101 del 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare erogati, per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)



- Persona disabile che vive da sola o con coniuge entrambi disabili, senza figli o altri parenti conviventi
- Persona disabile sola con minori a carico
- Persona disabile che vive sola con figli residenti fuori comune
- Persona disabile con coniuge e senza figli
- Persona disabile con minori a carico con coniuge e/o conviventi
- Persona disabile con coniuge e con figli fuori comune
- Persona disabile che vive sola e con figli nel Comune
- Persona disabile con coniuge con figli residenti nel Comune
- Persona e/o coppia disabile coabitante con figli e/o parenti autosufficienti
- MINORE disabile che vive con un solo genitore/tutore
- MINORE disabile che vive con entrambi i genitori/tutore
- MINORE disabile il cui nucleo familiare presenta 2 o più minori;

**-che lo stato di salute del beneficiario è il seguente (barrare la voce che interessa)::**

- persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, co. 3 legge 104/92)
- persona portatore di handicap (art. 3, co. 1 legge 104/92)
- persona invalida al 100% o in attesa del riconoscimento di cui alla legge n. 104/92
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e **consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**, sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio (*barrare la casella interessata*)

- non usufruisce di altri servizi di assistenza domiciliare o buoni spendibili per acquisire servizi di cura e assistenza;
- usufruisce dei seguenti servizi di assistenza domiciliare di tipo socio-sanitario e/o socio assistenziale \_\_\_\_\_;
- che il destinatario per cui si chiede l'ammissione al servizio ha l'età di \_\_\_\_\_ anni (compiuti);
- che il nucleo familiare del destinatario per cui si chiede il servizio è composto da n. \_\_\_ persone;

#### ALLEGA alla presente

- 1) Autocertificazione del nucleo familiare dell'utente. (Modello C allegato all'avviso pubblico)
- 2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del richiedente;
- 3) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto per il quale si richiede l'assistenza;
- 4) Dichiarazione sostitutiva unica DSU e attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità del nucleo familiare del soggetto potenziale fruitore;
- 5) Certificazione sanitaria del Medico di Medicina Generale attestante la situazione sanitaria e di non autosufficienza;
- 6) Verbali Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992 e verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero idonea certificazione sanitaria rilasciata da strutture del SSN);
- 7) copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari;

Eventuale altra documentazione idonea ad attestare il possesso di ulteriori requisiti (Specificare i documenti aggiuntivi allegati)

---

---

---

### AUTORIZZA

il Comune di residenza ed il Comune di Catanzaro al trattamento dei dati rilasciati, *esclusivamente* per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs. 101/18 del 10 Agosto 2018 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso pubblico.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

La presente sottoscrizione vale anche per accettazione di quanto stabilito nell'Avviso Pubblico in capo al presente allegato per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare erogati, per assunzione di responsabilità e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.).

Il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

**AUTOCERTIFICAZIONE dello STATO di FAMIGLIA**

(Art. 46 - lettera f) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

che la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_ (Comune) \_\_\_\_\_ (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

1) il/la dichiarante

2)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

3)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

4)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

5)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

6)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

7)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

8)

(cognome) (nome) (nato/a in) (il) (rapp. parentela con il dich.)

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)**

(1)

(1) La firma non va autenticata, nè deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

Art. 74 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art. 46 D.P.R. 28-12-2000, n. 445.