



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA SPERIMENTAZIONE DELLA LINEA DI ATTIVITA'
"AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI"
CUP C84H22000290006**

Finanziamento dell'Unione Europea – Next Generation EU nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
(PNRR) Missione 5 *Inclusione e coesione* - Componente 2 *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità
e terzo settore* - Sottocomponente 1 *Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale*
Intervento 1.1.2 *Autonomia degli anziani non autosufficienti*

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ANZIANA

Cognome _____ Nome _____ nato/a
il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ (Comune afferente
la Zona Sociale 2), Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____
domiciliato presso _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____
Indirizzo email _____
Codice Fiscale _____
Stato civile¹ _____
Cittadinanza²:
 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 _____ 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 _____;

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

² Italiana; comunitaria; familiare extracomunitari di cittadino comunitario in possesso di carta/permesso di soggiorno permanente/ cittadino extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia, esclusi i titolari di visto di breve durata.



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

GENERALITÀ DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELLA PERSONA ANZIANA

(da compilare solo se necessario)

Cognome _____ Nome _____
 Eventuale grado di parentela _____ specificare _____
 In qualità di (amministratore di sostegno, tutore, curatore) _____
 nato/a il _____ a _____ Prov. _____ e residente in
 _____ Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____
 tel. _____ cell. _____
 Indirizzo email _____
 Codice Fiscale _____
Estremi del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno, tutore, curatore (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

Visto l'Avviso pubblico – 1/2022 adottato con DM n. 5 del 15 febbraio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

Vista la DGC n. 73 del 29.03.2022 con la quale è stata disposta la partecipazione al sopracitato Avviso pubblico 1/2022 della Zona Sociale 2, in ordine alla linea di Investimento 1.1.2 - *Autonomia degli anziani non autosufficienti*;

Visto il Decreto Direttoriale n. 98 del 9 maggio 2022 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il quale sono stati approvati gli elenchi degli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale;

Visto l'Accordo ai sensi dell'art. 5. Comma 6 del D.Lgs. 50/2016 per la realizzazione della Sottocomponente 1 (Missione 5 Componente 2) "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede l'implementazione dell'intervento 1.1.2 - *Autonomia degli anziani non autosufficienti*, stipulato in data 29.05.2023 tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Comune di Perugia, in qualità di capofila della Zona Sociale n. 2;

Vista la DD n. 2663 del 11/09/2024, con la quale è stato approvato e pubblicato il secondo *Avviso pubblico per la presentazione delle domande di partecipazione alla sperimentazione della linea di attività "Autonomia degli anziani non autosufficienti"* nell'ambito del PNRR – Intervento 1.1.2;

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

in qualità di persona anziana non autosufficiente di accedere, o in qualità di legale rappresentante di far accedere la persona anziana non autosufficiente (Cognome _____ Nome _____), come sopra rappresentata, alla sperimentazione della linea di attività "*Autonomia degli anziani non autosufficienti*" nell'ambito del PNRR – Investimento 1.1.2 al fine di



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

beneficiare di un investimento tecnologico associato a servizi integrati di sostegno alle esigenze personali secondo un Piano Assistenza Individualizzato che, nello specifico, potrà prevedere:

- a) fornitura di dotazioni strumentali innovative che permettano di aumentare l'efficacia dell'intervento, anche presso il domicilio privato dei destinatari, come ad esempio: elementi di domotica, dotazioni strumentali per la telemedicina (anche in collaborazione con la ASL) e il monitoraggio a distanza;
- b) erogazione di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che garantiscano la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria, in base a quanto previsto dalle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente adottate con il DPCM 21 novembre 2019 e dalla Legge di Bilancio 2022 (Legge 234 del 30 dicembre 2021, articolo 1, commi da 162 a 168), incentrato sulla semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni, una presa in carico multidimensionale ed integrata ed il rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità.

A tale fine

DICHIARA

CONDIZIONE DI NON AUTOSUFICIENZA

di avere riconoscimento di **invalidità civile con grado di invalidità 100%** rilasciata in data ___/___/___ da _____, con verbale n. _____.

di percepire indennità di accompagnamento

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO ANAGRAFICO

	Cognome	Nome	Relazione	Luogo di nascita	Data di Nascita	Invalità civile 100% Si/No	Indennità di accompagnamento Si/No
n. 1							
n. 2							
n. 3							
n. 4							

VALORE ISEE

L'ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie n corso di validità è pari a: _____

Dichiara inoltre:

- 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);
- in relazione 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 del procedimento di cui al presente avviso dal Comune di Perugia in qualità di titolare e responsabile, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;



Zona Sociale n. 2 dell'Umbria

che la situazione di non autosufficiente di cui alla presente domanda è sinteticamente riassunta nella scheda (All. 2) di valutazione funzionale "Attività di base della vita quotidiana (BADL)" che è stata compilata e sottoscritta dal Medico di Medicina Generale di riferimento.

SI IMPEGNA INFINE

A consentire agli specialisti per la domotica della Zona Sociale 2 l'effettuazione di una visita domiciliare e a rispondere alle eventuali richieste di informazioni da parte della Unità Valutativa Multidisciplinare della Azienda USL Umbria 1 – Distretto del Perugino.

Data _____

Firma _____

Parte riservata alla compilazione da parte del Pubblico Ufficiale che attesti che la dichiarazione viene a lui resa da parte della persona anziana non autosufficiente in presenza di un impedimento della stessa a sottoscrivere (D.P.R. 445/2000, art. 4).

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 _____

Allegati:

1. copia del documento di identità dell'anziano/a;
2. copia del documento di identità del rappresentante legale (nell'ipotesi in cui la persona anziana sia rappresentata);
3. copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo (in caso di cittadinanza extra UE);
4. attestazione ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie;
5. verbale INPS attestante invalidità e accompagnamento;
6. verbale INPS attestante invalidità e accompagnamento di altre persone presenti nel nucleo anagrafico, qualora sia stata loro riconosciuta l'invalidità civile al 100%, con o senza accompagnamento, al fine di riconoscere l'eventuale punteggio aggiuntivo;
- 7 All. 2 Scheda di Valutazione funzionale "Attività di base della vita quotidiana (BADL)", la quale dovrà essere compilata con le generalità anagrafiche dell'anziano con **firma e timbro del Medico di Medicina Generale.**