

## AMBITI DISTRETTUALI DI BELLANO, LECCO E MERATE

### RICHIESTA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE AI FINI DELLA ATTRIBUZIONE DEL VOUCHER "REDDITO DI AUTONOMIA"

Al Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO

ovvero

- FAMILIARE (grado di parentela) \_\_\_\_\_
- TUTORE nominato con Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- CURATORE nominato con Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del/la sig./ra Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia (LC)

Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

**DI ESSERE AMMESSO ALLA MISURA RELATIVA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A  
MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE  
DELL'AUTONOMIA**

#### DICHIARA

che l'anziano per il quale si chiede l'ammissione:

- ha un'età uguale o superiore a 65 anni;
- il suo reddito ISEE (ordinario o ristretto) è uguale o inferiore a € 20.000;
- vive al proprio domicilio;
- presenta una lieve/moderata compromissione funzionale ovvero condizioni che possono

comportare una minor cura di sé e dell'ambiente domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari e progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato, con conseguenti importanti effetti dal punto di vista del decadimento psico-fisico;

- essere care giver di familiari non autosufficienti con necessità di sollievo e supporto per mantenere una adeguata qualità della vita, purchè non sia già previsto come intervento della Misura RSA aperta ex DGR n.2942/2014.

#### **DICHIARA**

- di aver preso visione dell'Avviso predisposto dagli Ambiti Distrettuali della provincia di Lecco
- di essere consapevole che l'equipe multidimensionale d'Ambito procederà alla valutazione della persona anziana, per esplorare le dimensioni delle "Attività Personali" (funzioni cognitive, autonomie personali, abilità socio-relazionali ecc.), dei "Fattori contestuali" (caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale di vita della persona anziana), e per valutare il bisogno di supporto del caregiver familiare al fine di individuare le persone anziane che potranno beneficiare degli interventi previsti dalla presente misura e declinare, quindi, una graduatoria.

#### **DICHIARA INOLTRE**

- di essere a conoscenza che gli operatori coinvolti nella gestione della presente misura, ai sensi dell'art 71 del d.p.r. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto a sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art 75 del D.P.R. Citato

Li, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE:**

- Copia carta di identità del richiedente e della persona anziana per cui si presenta la domanda;
- Attestazione ISEE ordinario o ristretto uguale o inferiore a €20.000
- Eventuale documentazione sanitaria
- documentazione a cura del SSB (schede ADL IADL, scheda sociale, scala RSS se domanda a favore di caregiver)
- consenso al trattamento dei dati sensibili (attraverso il formato di Regione Lombardia allegato ad avviso)
- se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Tutore o Curatore allegare copia del decreto di nomina del Tribunale