

**Oggetto:** [Domanda di inserimento presso il Centro Residenziale per Anziani](#)

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, indirizzo email \_\_\_\_\_

C. F. : \_\_\_\_\_

in qualità di:

**BENEFICIARIO (\*1)**

**PARENTE (coniuge; figlio/a; parente in linea retta/collaterale fino al 3° grado: specificare)**

grado parentela \_\_\_\_\_

(da compilare solo nel caso in cui il beneficiario sia temporaneamente impossibilitato alla firma (\*2))

**TUTORE**

**AMMINISTRATORE di SOSTEGNO**

(Tutore o Amministratore di Sostegno, identificato da Decreto del Tribunale) del seguente **BENEFICIARIO:**  
(da compilare **SOLO** nel caso di dichiarante diverso dal beneficiario)

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

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_, indirizzo email \_\_\_\_\_

C. F. : \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N° 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

**CHIEDE**

L'inserimento presso il Centro Residenziale Anziani sito in Viale della Resistenza n.17.  
(barrare la casella interessata).

**Comunità alloggio**

Anziani autosufficienti

**Comunità integrata**

Anziani non autosufficienti

**Servizio Semiresidenziale**

Anziani autosufficienti

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 del D.P.R.28 dicembre 2000 n.445, che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Professione

Che il reddito del nucleo familiare è pari ad € \_\_\_\_\_ così come risulta dall'allegata certificazione ISEE (Indicatore della situazione Economica);

**Che per l'anno in corso i redditi esenti dall'IRPEF del BENEFICIARIO sono i seguenti:**

**TIPOLOGIA DEL REDDITO IMPORTO ANNUO**

Indennità di accompagnamento	€
Assegno di invalidità	€
Rendite INAIL-INPS o di altro ente	€
Pensioni per ciechi e per sordomuti	€
Pensione e/o assegno sociale	€
Altri redditi non compresi nell'ISEE (specificare)	€

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni di salute (barrare la casella interessata):

autosufficiente       parzialmente autosufficiente       non autosufficiente

La condizione predetta dovrà essere avvalorata da apposita certificazione del medico curante (vedi documentazione da allegare all'istanza);

Il richiedente è consapevole che i criteri generali di accesso alla struttura sono i seguenti:

- persone di età superiore ai 65 anni;
- cittadini residenti nel Comune di Alghero;
- residenti nel territorio dell'ambito PLUS di Alghero;
- residenti di altri Comuni che partecipano, mediante convenzione con il Comune di Alghero, alla gestione della struttura con modalità definite nella stessa convenzione approvata dal Dirigente del Servizio.

Lo scrivente è altresì consapevole del fatto che, nell'ambito dei citati criteri generali le priorità di ingresso al Centro Residenziale vengono definite a seguito dell'urgenza e della valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale della persona, effettuata sulla base dei seguenti elementi:

<b>A</b>	<b><i>Situazione socio-familiare e grado di autonomia (dipendenza della persona nell'assolvimento dei bisogni primari)</i></b>	PUNTEGGIO
	Nessuna necessità di assistenza	<b>0</b>
	Presenza di una o più persone che garantiscano assistenza continuativa	<b>2</b>
	Presenza di una o più persone che garantiscano assistenza irregolare o carente	<b>6</b>
	Assenza di persone e di assistenza	<b>10</b>
<b>B</b>	<b><i>Situazione abitativa:</i></b>	PUNTEGGIO
	Abitazione di proprietà in buone condizioni	<b>0</b>
	Altro (utente già inserito in comunità integrata o alloggio):	<b>1</b>
	Abitazione in affitto e coabitazione con familiari:	<b>2</b>
	Abitazione in condizioni mediocri o in spazi inadeguati	<b>6</b>
	Abitazione malsana o con sfratto esecutivo	<b>10</b>

C	<b>Risorse economiche del richiedente</b>		PUNTEGGIO	
		0,00	€ 5.000,00	<b>10</b>
	ISEE	€ 5.000,01	€ 7.500,00	<b>8</b>
		€ 7.500,01	€ 10.000,00	<b>5</b>
		€ 10.000,01	€ 12.000,00	<b>3</b>
		€ 12.001,01	€ 15.000,00	<b>1</b>
		€ 15.000,01	OLTRE	

D	<b>Ulteriori criteri:</b>		PUNTEGGIO
	Data di presentazione della domanda	per ogni mese dalla data della domanda	<b>0,50</b>
	Residenza	Comune di Alghero	<b>2</b>
		altri Comuni	<b>0,25</b>
	Età	per ogni anno superiore al 65°	<b>0,50</b>
<b>A parità di punteggio verrà data precedenza all'ospite di maggior età.</b>			

Nel rispetto dell'art.7 del Regolamento Comunale del Centro Residenziale Anziani, il sottoscritto, in caso di inserimento, **si impegna a versare mensilmente** all'Amministrazione Comunale il contributo mensile in base alla Normativa Nazionale (e Regionale, se esistente) in materia di Indicatore della situazione Economica Equivalente (ISEE) e nella misura fissata annualmente (retta minima e retta massima) con provvedimento dell'Amministrazione Comunale.

Il sottoscritto è altresì consapevole che, ai fini dell'accesso alla struttura e del calcolo della retta mensile, vengono considerati anche i redditi esenti ai fini IRPEF come i sussidi corrisposti dalla Stato o da altri Enti Pubblici a titolo assistenziale (indennità di accompagnamento, assegno di invalidità etc.).

Il/la sottoscritto dichiara di accettare gli obblighi contenuti nel regolamento del Centro Residenziale Anziani approvato con Delibera C.C. n. 65 del 27.11.2017.

**Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che la presente richiesta di inserimento al Centro Residenziale è valida fino al 31.12. dell'anno in corso, decorso il quale è necessario presentare una nuova domanda.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Consenso dell'interessato al trattamento dei dati sensibili**

**Dichiara** di dare il proprio consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo 196/2003 per il trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*1) - Ai sensi dell'art. 4 c. 1 del D.P.R. N°445/2000 in caso di **incapacità/impossibilità alla firma**, la dichiarazione viene raccolta dal pubblico ufficiale addetto all'autenticazione della sottoscrizione;

(\*2) - Ai sensi dell'art. 4 c. 2 del D.P.R. N°445/2000 in caso di **incapacità/impossibilità temporanea alla firma**, la dichiarazione è resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta (genitori, nonni, bisnonni, nipoti, pronipoti) o collaterale fino al terzo grado (zii, fratelli, nipoti).

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. N°445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

## Documentazione da allegare

### Documenti sanitari

1. Relazione dettagliata ed esauriente rilasciata dal medico curante comprendente anche la terapia in atto ed attestante il grado di autosufficienza o la non autosufficienza del paziente, nonché l'assenza o il grado di eventuali patologie fisiche e/o psichiche che possano influire sulla vita di relazione quali malattie infettive, psicosi da etilismo, nonché l'assenza o il grado di eventuali disturbi che necessitino di terapie di carattere ospedaliero o comunque di assistenza medica continuativa;
2. [Scheda SOCIO-SANITARIA](#);
3. Copia del verbale d'invalidità civile;

### Documenti economici:

1. Attestazione I.S.E.E. completa di dichiarazione Unica Sostitutiva ,  
Per gli utenti **TITOLARI DI INVALIDITA'** l'attestazione ISEE da richiedere è:  
**"Socio Sanitario Residenze "componente aggiuntiva figli fuori dal nucleo"**
2. Certificazione Unica ;
3. Modulo Obis M (certificato di pensione);

### Documenti anagrafici :

1. Copia del documento di identità;
2. Copia del Codice Fiscale;
3. Copia della Tessera Sanitaria;

**Centro Residenziale Anziani Viale della Resistenza, 17 - 07041 ALGHERO**

**TEL. 079-9978550 / 9978552**