



## AMBITI DISTRETTUALI DI BELLANO, LECCO E MERATE

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

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 75 anni;
- il suo reddito ISEE *ordinario o sociosanitario familiare* è uguale o inferiore a € 10.000;
- presenta una lieve compromissione funzionale conseguente ad uno stadio iniziale di demenza o di altre patologie di natura psicogeriatrica (persona che presenta disturbi quali, ad esempio, la depressione, l'ansia, la solitudine, la sofferenza e il disagio, che possono comportare un grado di dipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e in quelle strumentali della vita quotidiana), come documentato dalla certificazione medica allegata;
- che l'anziano per il quale si chiede la misura vive al proprio domicilio (ivi compresi Alloggi Protetti per Anziani) e che non usufruisce già di altre unità di offerta interventi, misure e prestazioni di carattere sociale o sociosanitario.

#### 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.) e dei "Fattori contestuali" (caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale di vita della persona anziana), 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 sociosanitario* uguale o inferiore a €.10.000,00;
- documentazione sanitaria o certificato medico attestante la "compromissione funzionale lieve conseguente ad uno stadio iniziale di demenza o di altre patologie di natura psicogeriatrica (disturbi quali ad esempio: depressione, ansia, solitudine, sofferenza e disagio che possono comportare un grado di dipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e in quelle strumentali);
- documentazione a cura del SSB (schede ADL ,IADL, scheda sociale);
- consenso al trattamento dei dati sensibili (attraverso il format 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.