

**C I T T A’ D I S A N S E V E R O**

**II° AREA SERVIZI ALLA PERSONA – SERVIZI SOCIALI**

Prot.\_\_\_\_\_\_/SS\_\_

Del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL SIGNOR SINDACO**

**DEL COMUNE DI SAN SEVERO**

Oggetto: **Domanda per l’accesso al servizio mensa delle persone anziane e disabili.**

Il/la richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in San Severo

alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 cell. di un parente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere ai benefici di cui alla “misura per l’Implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all’inclusione sociale delle persone disabili”.

A TAL FINE DICHIARA

 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’ (Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

 che il proprio medico di famiglia è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 che il proprio nucleo familiare è composto da:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE | DATA DI NASCITA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 di avere età uguale o >65 anni;

 di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013,

 per l’anno 2020 di importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere ricompreso in una delle seguenti fasce;

**TARIFFA MENSILE PER SERVIZIO MENSA DOMICILIARE ANZIANI 1 PASTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I FASCIA | Da € 0,00 a €. 6.531,07 **-- ->** € 69,00 | 55 % costo pasto |
| II FASCIA | Da €. 6.531,08 a €. 10.000,00 -- -> € 94,00 | 75 % costo pasto |
| III FASCIA | Da €. 10.000,01 a €. 15.000,00 -- -> € 112,50 | 90 % costo pasto |
| IV FASCIA | oltre €. 15.000,01 -- -> € 125,00 | 100 % costo pasto |

**TARIFFA MENSILE PER SERVIZIO MENSA DOMICILIARE ANZIANI 2 PASTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I FASCIA | Da € 0,00 a €. 6.531,07 **-- ->** € 103,00 | 55 % costo pasto |
| II FASCIA | Da €. 6.531,08 a €. 10.000,00 -- -> € 140,00 | 75 % costo pasto |
| III FASCIA | Da €. 10.000,01 a €. 15.000,00 -- -> € 168,00 | 90 % costo pasto |
| IV FASCIA | oltre €. 15.000,01 -- -> € 187,00 | 100 % costo pasto |

 di non avere gravi limitazioni dell’autosufficienza ed autonomia personale (es. destinatarie delle misure B1 e B2 FNA nonché RSA Aperta di cui alla d.g.r. 7769/2018);

 di non essere destinatario di un intervento della Misura RSA aperta ex DGR n. 2942/2014;

 di avere ottenuto il riconoscimento di invalidità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

 INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

 Il/la sottoscritto/a, inoltre autorizza il trattamento dei propri dati personali nell’intera domanda ai sensi del Regolamento UE 679/2016, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Documenti da allegare:

## Fotocopia documento riconoscimento

## Fotocopia codice fiscale o tessera sanitaria

## Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) completa di Attestazione I.S.E.E.

## Scheda sanitaria compilata dal medico curante

1. Copia verbale invalidità

 Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contatti: Comune di San Severo Ufficio Mensa Anziani viale Padre Matteo D’Agnone – angolo via Mascagni tel.0882/339443 - **333-3358266**  e-mail: mensa.anzianisansevero@gmail.com