



MODULISTICA BENEFICIARI

Individuazione beneficiari non autosufficienti Servizi di assistenza personale non specialistica

CUP F81H25000250001

**“Quota Servizi Fondo Povertà 2025 - ATS Caulonia
Obiettivo 2 Rafforzamento degli interventi di inclusione sociale”**

MODELLO D1 - DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO

Al Comune di Caulonia

Oggetto: Domanda di accesso ai servizi di assistenza personale non specialistica - QSFP 2025 - CUP F81H25000250001

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____, in via _____, codice fiscale _____, telefono _____, PEC/e-mail _____,

in qualità di: ☐ diretto interessato ☐ familiare ☐ caregiver ☐ amministratore di sostegno ☐ altro: _____,

CHIEDE

l'ammissione ai servizi di assistenza personale non specialistica, assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità in favore di:

Nome e cognome beneficiario: _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Codice fiscale _____

Telefono _____

DICHIARA

- che il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- che il beneficiario si trova in condizione di non autosufficienza, fragilità o ridotta autonomia personale;



- che il beneficiario/nucleo si trova in condizione di disagio economico-sociale;
- che il beneficiario/nucleo è beneficiario ADI: ☐ sì ☐ no;
- che il beneficiario/nucleo è in possesso di ISEE pari a euro _____;
- che il beneficiario è già conosciuto o preso in carico dal servizio sociale: ☐ sì ☐ no;
- che le informazioni rese sono veritiere.

Allega:

- documento di identità del richiedente;
- documento di identità del beneficiario, se diverso;
- attestazione ISEE;
- eventuale documentazione attestante invalidità, disabilità, non autosufficienza o fragilità;
- eventuale documentazione ADI;
- informativa privacy;
- eventuale delega o documentazione attestante la rappresentanza.

Luogo e data _____

Firma
