

AL COMUNE DI _____
DISTRETTO SOCIO SANITARIO _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI

OGGETTO: ISTANZA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTO ECONOMICO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA CHE NECESSITANO A DOMICILIO DI ASSISTENZA H 24.

(DI CUI ALLA L.R. 1 MARZO 2017 E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017, PUBBLICATO IL 11 MAGGIO 2017 e sulla GURS n. _____ del _____)

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Il/La sottoscritto/a _____ (*)
nato/a _____ (*) il _____ (*)
CF _____ (*) e residente a _____ (*)
Via _____ (*) n. civico _____ Tel/Cell n. _____ (*)
E-mail _____ (*)

PER SE STESSO

IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE LEGALE OVVERO COME FAMILIARE DELEGATO (specificare il grado di parentela e allegare eventuale nomina _____)

CHIEDE

L'accesso al beneficio economico, previa valutazione da parte dell'Unità Multidimensionale dell'ASP di competenza territoriale, che dovrà verificare la sussistenza delle condizioni di disabilità di cui all'Art. 3 del D.M. 26.09.2016 del disabile gravissimo e previa firma del "Patto di Cura".

(*) campo obbligatorio

DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE (*) (Da compilarsi solo nel caso in cui il richiedente non è il disabile stesso):

Cognome	Nome

Luogo di nascita	Data di nascita

Luogo di residenza	Codice Fiscale

Recapito telefonico	E-Mail

A TAL FINE DICHIARA

- DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE DI RICONOSCIMENTO DI PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELL'ART. 3 L. 5 FEBBRAIO 1992 N°104, CON REVISIONE.....
- DI ESSERE IN POSSESSO DEL VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE, CON REVISIONE
- LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26/09/2016;
- DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO PER ACCEDERE AI BENEFICI PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA DI CUI ALLA L.R. n° 4 DEL 1 MARZO E AL D.P. 532/2017 MODIFICATO CON D.P. 545 DEL 10 MAGGIO 2017

ALLEGA:

- Verbale definitivo di Visita della Commissione medica con diagnosi (*) (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente (*)
- Fotocopia del documento di riconoscimento del disabile gravissimo (*)
- Altro (da consegnare in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili")

(*) campo obbligatorio

_____ **h** _____

_____ **FIRMA** _____

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc., da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di _____ e dell'ASP di _____ per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il/la richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D. L.gs 196/2003.

_____ **h** _____

_____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

(*) campo obbligatorio

