

(Da presentare entro il (21/03/2016)

Allegato "B"

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D1

Al sig. Sindaco del Comune di-----

Ufficio Servizi sociali
Per tramite del servizio Protocollo Generale

Oggetto: Richiesta accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di
disabilità gravissima, F.N.A 2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ e residente _____ in

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

cellulare _____ codice fiscale _____

Consapevole delle responsabilità penali e civili ai sensi del D.P.R 28 Dicembre
2000 n. 445 per falsità e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA

Ai fini della concessione del beneficio in favore delle persone in condizione di
disabilità gravissima previsto D.A n. 3779 del 29/12/2015

- Di essere in possesso dei requisiti necessari per l'accesso agli interventi a favore di persone in condizioni di disabilità gravissime, afferenti le risorse finanziarie del F.N.A 2015.
- Che nel proprio nucleo familiare come appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la sig/sig.ra _____

_____ nato/a il _____

Codice fiscale _____

Disabile gravissimo in condizione di totale non autosufficienza che necessita di prestazioni di cura, assistenza ed aiuto personale H 24 a domicilio in relazione alle condizioni vissute di non autonomia .

CHIEDE

La concessione del beneficio concernente gli interventi, afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015 giusto D.A D.A n. 3779 del 29/12/2015 dell'Assessorato Regionale della famiglia delle politiche sociali e del lavoro Dipartimento Regionale della famiglia e delle politiche sociali servizio 5° Anziani - disabilità - tossicodipendenza, attuativo della deliberazione di Giunta Regionale n.386 del 22/12/2014, a favore delle persone in condizioni di disabilità in condizioni di disabilità gravissima di cui all'art.3 co.1 del D.M del D.M del 14 Maggio 2015)

- Si attesta che la persona disabile per la quale si richiede il beneficio:
 - o usufruisce
 - o non usufruisce

Di indennità di accompagnamento od assegno equivalente (l. 18/1980);

- Che il Dott. _____

del Servizio di Medicina Generale dell'ASP è incaricato delle prestazioni di cura e assistenza.

Composizione nucleo Familiare

| | Cognome e nome | Rapporto familiare | Nato a | Data di nascita | convivente | |
|---|----------------|--------------------|--------|-----------------|------------|----|
| | | | | | si | no |
| 1 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |

Agrigento li

Firma

Allegato all' istanza del sig. _____ :

- Verbale della Commissione Invalidi Civili, attestante l'invalidità civile del 100% con accompagnamento o in alternativa certificazione attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3° della L. 104/92.
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido del familiare che rende la presente autocertificazione
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido della persona disabile per la quale si richiede l'intervento.

Per la situazione di gravità recente, per cui non si è in possesso delle superiori certificazioni si richiede:

- Certificato medico di medicina generale attestante la disabilità gravissima, con la copia dell'istanza di riconoscimento della stessa, ai sensi dell'art. 3 comma 3° della L. 104/92.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- ✓ Di essere consapevole della decadenza del beneficio per le dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- ✓ Di essere a conoscenza che in relazione alla ratio normativa dell'intervento, che lo stesso presuppone lo stato in vita del soggetto in favore del quale è concesso e pertanto decade dalla data del decesso del beneficiario;
- ✓ Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettare tutte le prescrizioni ivi contenute;
- ✓ Di essere a conoscenza che l'istanza può essere sottoposta ad accertamenti fiscali anche tramite l'ausilio della Guardia di Finanza;
- ✓ Inoltre, autorizza il Distretto Socio Sanitario D1, al trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto dal D.Lgs.193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza;

Data

Firma

(allega valido documento di identità.....rilasciato da.....il.....)