MODULO DI DOMANDA ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIMA

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla Cortese Attenzione

del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All’Ente di Ambito Sociale n. 12

“Sangro Aventino”

Alla Cortese Attenzione

Del Responsabile dell’Ufficio di Piano

*OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIME - Piano Locale per la Non Autosufficienza – Annualità 2018.*

|  |
| --- |
| **Riservato al Comune - Domanda n.: \_\_\_\_\_\_\_** |

**Generalità del richiedente:**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

In qualità di

* Persona direttamente interessata
* Familiare
* Tutore
* Amministratore di sostegno
* Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ammissione al contributo in oggetto a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima – annualità 2018 per:

* Se stesso;
* Per il sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Generalità del destinatario del contributo:**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data

di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole di quanto prescritto dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall’art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

**D I C H I A R A**

Che la persona per cui si chiede il beneficio è nella seguente condizione**:**

* Persona non autosufficiente in possesso di invalidità al 100% con indennità di accompagno;
* Persona con disabilità gravissima a norma dell’art. 3 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26.09.2016;
* Non è beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio, nello specifico non è beneficiario di: contributi previsti dalla L.R. 23.11.2012 n.57, Assegno Vita Indipendente e Assegno di Cura;

Di essere assistito:

* Da persona con regolare contratto di lavoro nelle forme di assistenza privata;
* In maniera diretta dal proprio familiare;

Allega alla presente:

* documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
* (nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi) copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
* copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento;
* copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3;
* certificazione di diagnosi definitiva della patologia di cui l’assistito è affetto;
* titolo di soggiorno se cittadino straniero;
* autocertificazione stato di famiglia;
* certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
* (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCONSENTO**

Al trattamento dei dati sensibili, necessari all’istruzione ed alla gestione della presente domanda.

FIRMA

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

