

DISTRETTO SOCIO – SANITARIO D3

COMUNE DI CANICATTI

Al Sig. Sindaco
Ufficio Servizi Sociali
del Comune di CANICATTI

Oggetto: Richiesta accesso agli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

_____ e residente in _____ via _____ n. _____

Telefono/Cellulare _____ Codice Fiscale _____

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Ai fini della concessione del beneficio in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima previsto dal 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, relativi alle risorse finanziarie del F.N.A. 2015;
- ☐ Che nel proprio nucleo familiare appresso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela il/la Sig. _____ nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____ Disabile gravissimo che necessita a domicilio di assistenza H 24;
- ☐ Di essere a conoscenza dell'accertamento da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (Socio-sanitarie) delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza del soggetto disabile;

CHIEDE

La concessione del beneficio concernente gli interventi afferenti le risorse finanziarie del F.N.A. 2015 di cui al Decreto n.3779 del 29/12/2015 dell'Assessorato Regionale della Famiglia delle Politiche Sociali e del Lavoro, a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima che necessitano di assistenza domiciliare H24;

Dichiara che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

	Cognome e nome	Rapporto familiare	Luogo e data di nascita	Convivente	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Allega alla presente istanza:

- Attestazione di invalidità civile riconosciuta dalla Commissione di verifica ai sensi dell'art. 3 comma 3° della Legge n.104/1992.
- Certificazione rilasciata da una Struttura pubblica o privata accreditata relativamente alla patologia di cui al Bando e della gravità della stessa;
- Autodichiarazione dalla quale si evince la tipologia di assistenza già erogata dalla Struttura sia sanitaria che dagli Enti Locali;
- 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.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere consapevole della decadenza dal 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;
- Autorizza il Distretto Socio Sanitario D3, al trattamento dei dati personali in conformità a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 193/2003, che verranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente istanza.

Data _____

Firma
