

	Amministrazione destinataria Comune di Sestri Levante Ufficio destinatario Ufficio Protocollo	
---	--	--

Domanda di ammissione al fondo regionale per le gravissime disabilità

Il sottoscritto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'accertamento dei requisiti di accesso al sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 30/12/2016, n. 1289 così come previsto dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 26/09/2016

<input type="radio"/>	per se stesso																																																																																				
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="3">Cognome</td> <td colspan="3">Nome</td> <td colspan="4">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td colspan="11">Specificare</td> </tr> <tr> <td colspan="11"></td> </tr> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale														Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza														In qualità di (*)																						Specificare																					
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																															
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																															
In qualità di (*)																																																																																					
Specificare																																																																																					

In qualità di ():*

rappresentante legale (specificare se tutore, procuratore, ecc.) o persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela), genitore disabile adulto

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

ai fini della valutazione della domanda l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
€		

che il richiedente

- è residente in regione Liguria
- è in possesso dell'indennità di accompagnamento
- è a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità continuativa ad esclusione dei ricoveri di sollievo non superiori a 45 giorni anche non consecutivi; inoltre non è cumulabile con altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (fondo regionaler per la non autosufficienza, vita indipendente, altre eventuali analoghe misure) laddove nel progetto individualizzato di Assistenza (PIA) si preveda una frequenza parziale inferiore ai cinque giorni. Il contributo verrà di conseguenza commisurato ai giorni di permanenza a domicilio
- è disponibile ai fini della valutazione della domanda ad essere valutato da un medico specialista e dall'assistente sociale dei servizi sociosanitari pubblici territoriali
- è a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali o di trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel piano individuale di assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente/famiglia
- è a conoscenza che il riconoscimento degli interventi di sostegno non è vincolato ad alcuna soglia ISEE, ma in caso di domande eccedenti la disponibilità dei fondi, l'ISEE costituisce criterio di priorità di graduatoria, fatte salve le persone già in carico fruitori della misura
- è a conoscenza che in caso di mancata indicazione dell'ISEE, nell'ipotesi di numero di domande superiori alle risorse disponibili verrà attribuita la priorità più bassa
- è quotidianamente assistito al proprio domicilio dal familiare/badante

persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

<input type="checkbox"/> ulteriore persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

<input type="checkbox"/> ulteriore persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto											
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

modalità di versamento
Codice IBAN

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE in corso di validità
<input type="checkbox"/>	documento di identità di chi sottoscrive la domanda e della persona per cui si richiede il beneficio <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sestri Levante		
Luogo	Data	Il dichiarante