

All' Ente di Ambito Sociale n. 2 "Vibrata"
Via A. Fabrizi n. 1
64027 Sant' Omero (TE)

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ provincia. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____
fax _____ email _____ Codice
fiscale _____ Medico di Medicina Generale:
_____ tel. _____

chiede

il beneficio dell'assegno disabilità gravissime di cui al *PIANO LOCALE PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA – Annualità 2014*

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente a _____ Prov. _____
_____ via/piazza _____ n° _____ tel. _____
fax _____ email _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

- familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

Il beneficio dell'assegno disabilità gravissime di cui al *PIANO LOCALE PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA – Annualità 2014*

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____
_____ email _____ Codice fiscale _____
_____ Medico di Medicina Generale:
_____ tel. _____

A tal fine:

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo

fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

Dichiara

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.

Di aver già usufruito dell'Assegno Disabilità Gravissime nell'annualità 2013;

ovvero

Di non aver già usufruito dell'Assegno Disabilità Gravissime nell'annualità 2013;

Di essere consapevole che l' "Assegno disabilità gravissime" è subordinato all'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore della persona interessata presso il suo domicilio;

Di ricevere e di aver, comunque, ricevuto adeguata assistenza presso il proprio domicilio dal proprio nucleo familiare e/o dall'assistente familiare nell'anno in corso (oppure) dal _____ al _____;

Di non essere beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio, nello specifico di non essere beneficiario di contributi per le persone affette da SLA, Assegno Vita Indipendente, Assegno di Cura e Contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57;

Di chiedere l'assegnazione del beneficio, garantendo il rispetto dei termini e delle condizioni stabilite con il Piano locale per la non autosufficienza dell'EAS n. 2 "Vibrata", approvato con la deliberazione di Giunta Complessiva dell'Unione di Comuni n. 72/2014, destinando l'importo dell'assegno di cura eventualmente assegnato:

- al rimborso di prestazioni assistenziali da parte di assistenti familiari;

- al riconoscimento economico dell'impegno assistenziale del familiare caregiver;

Di indicare il proprio familiare care-giver/assistente familiare nella persona di seguito indicata:

Sig./Sig.ra (Nome) _____ (Cognome) _____

Nato/a _____ Prov. (____) il _____

Residente a _____ Prov. (____) via/Piazza _____

Recapiti telefonici _____ e-mail _____

C.F. _____

-in qualità di familiare (specificare il grado di parentela) _____

-in qualità di assistente familiare (specificare quanto segue), iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/____, categoria o qualifica _____ e assunto/a dal richiedente o da un familiare o da una persona che si occupa della sua assistenza con regolare contratto di

lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali per n. ____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal __/__/__ al __/__/__

Allega alla presente domanda:

- certificazione medica, rilasciata da struttura pubblica competente, attestante la condizione di dipendenza vitale con indicata la specifica patologia;
- certificato di invalidità in corso di validità;
- certificato legge 104/92 in corso di validità;
- fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato;
- certificazione ISEE in corso di validità;
- altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al *PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA*.

Data __/__/_____

Firma _____