



Amministrazione destinataria
Comune di Cairo Montenotte

Ufficio destinatario
Servizio politiche sociali

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
					Piano
					☐
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

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

Soggetto interessato

- ☐ per sè stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

in qualità di (*)

Ruolo

Specificare

In qualità di (*):

rappresentante legale, persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere, 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 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
Piano	SNC	CAP
	☐	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
Posta elettronica certificata		

☐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
Piano	SNC	CAP
	☐	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria
Posta elettronica certificata		

☐ **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

Piano

SNC

☐

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

☐ copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

☐ documento di identità

(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)

☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Cairo Montenotte

Luogo

Data

Il dichiarante