



Amministrazione destinataria

Comune di Noli

Ufficio destinatario

Ufficio servizi alla persona

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

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		Indirizzo		Civico	Barrato
Provincia	Comune			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.

Noli

Luogo

Data

il dichiarante