DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO PER ASSISTENZA INDIRETTA PER GRAVISSIMA DISABILITA'

(DGR Umbria n. 993/ 2020 - D. M. del 26/09/2016 - DPCM del 21/11/2019)

..l..... sottoscritt…

(Cognome) _____ (Nome) _____

Sesso M □ F □ Data di nascita ____/____/_____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia di_____

Via_____

Codice Fiscale_____ Telefono _____

In qualità di: □ **Diretto interessato** □ **Genitore** □ **Curatore** □ **Tutore** □ **Amministratore di sostegno**

□ **Parente o Affine** _____ □ **Altro** _____

DI

(Cognome) _____ ***(Nome)*** _____

Sesso □**M** □**F** Data di nascita _____/_____/_____ Luogo di nascita_____

Residente a _____ Via _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

□ **ANZIANO (>65 ANNI)** □ **DISABILE ADULTO (18–65 ANNI)** □ **DISABILE MINORE (< 18 ANNI)**

CHIEDE

□ Di poter accedere al Contributo economico per ***Assistenza Indiretta*** (DGR n. 993 del 28/10// 2020)

□ Che _____ possa accedere al Contributo economico per ***Assistenza Indiretta*** (DGR n.993 del 28/10/2020)

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. n. 445

DICHIARA

che (Cognome -Nome dell'interessato)_____

□ Ha il riconoscimento di invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento

□ Ha il riconoscimento di handicap grave ai sensi della legge 104/92

□ E' titolare di indennità di frequenza

□ E' residente in famiglia □ Vive solo/a □ Altro _____

DICHIARA INOLTRE

□ Che tra i componenti lo stato di famiglia del nucleo sono presenti **altre persone non autosufficienti** con invalidità civile almeno al 100 % e/o il riconoscimento di handicap grave ai sensi della legge 104/92, art . 3 (si allega documentazione in merito)

-)_____

-)_____

□ Che il **nucleo familiare** del destinatario del contributo è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE	CONVIVENTE SI / NO

□ Che si avvale di **personale di assistenza** : □ No

□ Si con contratto a : □ tempo pieno □ assistenza ad ore

Dichiara altresì che il beneficiario dell'intervento :

□ non usufruisce di altri benefici economici;

□ usufruisce dei seguenti benefici economici:

-) _____

-) _____

-) _____

□ non usufruisce di servizi semiresidenziali

□ usufruisce di servizi semiresidenziali con frequenza _____

Documentazione allegata:

□ copia del verbale di Invalidità civile
□ documentazione sanitaria aggiornata
□ attestato ISEE del destinatario del beneficio
□ altro
_____

IL SOTTOSCRITTO:

- si rende disponibile ad integrare la documentazione richiesta di ulteriori informazioni e documenti che possano essere utili ai fini della valutazione della situazione;
- si impegna, in caso di autocertificazione relativa ai punti sopracitati, a presentare la relativa documentazione prima dell'eventuale stipula del Patto per la Cura e il Benessere
- dichiara di aver ricevuto la comunicazione che l'informativa sul trattamento dei dati personali è visionabile al sito dell'Azienda Usl Umbria 1 htpp://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy.

Data _____/_____/_____

_____
Firma *

* In caso che la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore, in qualità di genitore in possesso della responsabilità genitoriale:

□ in via esclusiva □ in modo congiunto

Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Nel caso che la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta da entrambi i genitori del minore

Spazio riservato Centro di Salute della USL UMBRIA

_____