

**Amministrazione destinataria**

Comune di Quiliano

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di accesso al fondo regionale per la non autosufficienza

Ai sensi dell'accertamento di non autosufficienza di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 20/10/2006, n. 1106 e alla Deliberazione della Giunta Regionale 07/03/2008, n. 219

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	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 di non autosufficienza di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 20/10/2006, n. 1106 e alla Deliberazione della Giunta Regionale 07/03/2008, n. 219 per la concessione della misura economica per la non autosufficienza

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

il cui medico curante è

Cognome		Nome		Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	

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

che il richiedente

- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (anziani)
- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (disabili)
- è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento (disabili considerati gravi ex lege cioè persone down e persone con malattie rare)

che la famiglia anagrafica del richiedente risulta così composta

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Portatore di handicap
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

che l'assistenza verrà erogata tramite

- assistente familiare (badante) regolarmente assunta
- acquisto di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore
- famiglia

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

Valore ISEE		Data rilascio		Data fine validità	
	€				

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 permesso di soggiorno
(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)
- copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- 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.

Quiliano

Luogo

Data

il dichiarante