



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		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
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
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"/>

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