

**Amministrazione destinataria**

Comune di Quiliano

**Ufficio destinatario**

Servizi Sociali

## Domanda di ammissione al fondo regionale per le gravissime disabilità

**Il sottoscritto**

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Interno              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> |
|                      |                      |                             |                      | Scala                         | Piano                |
|                      |                      |                             |                      | <input type="checkbox"/>      | CAP                  |
|                      |                      |                             |                      |                               |                      |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |

**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 sé stesso
- ☐ per il seguente familiare o tutelato

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      |                      | Cittadinanza         |
|                      |                      | <input type="text"/> |

**in qualità di (\*)**

|                      |
|----------------------|
| Ruolo                |
| <input type="text"/> |
| Specificare          |
| <input type="text"/> |

*In qualità di (\*):*

rappresentante legale, persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere, genitore con condizione di disabilità 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   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| €                    |                      |                      |

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              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                             | Cittadinanza         |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

#### ☐ulteriore persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto

|                      |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                 |                      | Codice Fiscale              |                      |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      |                               |                      |                          |                      |
| Data di nascita      |                      | Sesso                | Luogo di nascita     |                             | Cittadinanza         |                               |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                             | <input type="text"/> |                               |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                      |                      |                             |                      |                               |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo            | Civico               | Barrato                     | Interno              | Scala                         | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   |                      | Telefono fisso       |                      | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                          |                      |

☐ **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

Interno

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.

Quiliano

Luogo

Data

il dichiarante