

AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI
SERVIZI SOCIALI
TRAMITE L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Tel _____ In qualità di _____
richiede l'assegnazione dell' assegno di cura per "disabilità gravissime", previsto dalla D.G.R N. 239/2913 e dalla determinazione regionale n. 11355/2014, A FAVORE DI:

Nome e cognome
Luogo e data di nascita
Indirizzo(di residenza)
Telefono

TIPOLOGIA D'INTERVENTO RICHIESTO (solo una delle due):

- assistenza domiciliare diretta** gestita dal **Consorzio**
 assistenza domiciliare indiretta gestita con assistente familiare **scelto dall'utente che ha l'obbligo di regolarizzarne il rapporto mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.**

Il richiedente, o chi ne fa le veci, consapevole che in caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia, **dichiara che:**

il proprio REDDITO ISEE E' PARI AD € _____

il nucleo familiare risulta costituito da numero |_|_| componenti di cui n |_| disabili o invalidi (oltre il destinatario dell'intervento);

di essere a conoscenza che il beneficio è rivolto esclusivamente a persone affette da patologie gravissime di cui all'art.3 del decreto ministeriale del 20 marzo 2013

di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dall'avviso pubblico

Si allegano alla presente (obbligatoriamente):

certificazione/i attestante/i l'affezione di patologia/e, di cui all'art. 3 del D.M. 20 marzo 2013, determinanti condizioni di dipendenza vitale, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica.

modello ISEE

D.S.U. con l'obbligo di presentazione modello ISEE prima della valutazione della commissione mista, pena l'esclusione

situazione di famiglia e residenza

solo se in possesso:

certificazione di fruizione di assistenza domiciliare sanitaria ad alta intensità

altro: _____

Il/La sottoscritto/a, inoltre **dichiara:**

- di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:
 - a) sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;
 - b) potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;

Il rifiuto al trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

Data _____

Firma del destinatario del progetto o di chi ne fa le veci

ASSISTENTE SOCIALE DEL SEGRETARIATO SOCIALE E PROFESSIONALE RESPONSABILE DEL CASO, DA CONTATTARE PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO (PAI): DOTT/SSA

Spazio riservato alla commissione mista per l'ammissibilità della richiesta alla valutazione della UVM (unità valutativa multifunzionale) ASL

| PARERE POSITIVO ALL'AMMISSIBILITÀ DELLA RICHIESTA

| PARERE NEGATIVO ALL'AMMISSIBILITÀ DELLA RICHIESTA MOTIVAZIONI:

Componenti commissione mista: DOTT/SSA _____

DOTT/SSA _____

DOTT/SSA _____

NOTE _____