

Oggetto: Istanza di ammissione alla misura per l'erogazione di un "Assegno di cura" ai soggetti in condizione di disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ via _____ n°

_____ prov. (____) cap _____

codice fiscale _____ telefono _____

cell. _____ indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di curatore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di amministratore di sostegno

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____)

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore:

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto,

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso la potestà genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:

in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

(N.B.: in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000)

del/la Sig./Sig.ra in qualità di persona affetta gravissima disabilità:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____
Codice fiscale _____
Residente a _____ Prov. (____) Cap _____
via _____ n° _____
Telefono _____ Cellulare _____
indirizzo e-mail _____

CHIEDE

il riconoscimento della misura "Interventi sperimentali di carattere assistenziale per persone con disabilità gravi e gravissime".

Al fine del riconoscimento della misura, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. che la persona affetta da disabilità gravissima è residente nel territorio dell'Ambito Territoriale Ottimale – Distretto Socio-Assistenziale Paola/Cetraro, comprendente i Comuni di Acquappesa, Bonifati, Cetraro, Falconara Albanese, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Paola, Sangineto, San Lucido.
2. che la persona affetta da disabilità gravissima ha avuto la sua prima diagnosi di

(indicare la patologia che comporta la disabilità gravissima)

in data ____ / ____ / ____

3. che la persona affetta da disabilità gravissima è assistita da uno o più familiari care-giver come di seguito elencati:

Familiare 1: Convivente Non Convivente

Grado di parentela _____

Cognome Nome _____

Nato/a a il residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

Cod. fisc. _____ telefono _____

cellulare _____ indirizzo e-mail _____

Familiare 2: Convivente Non Convivente

Grado di parentela _____

5. di impegnarsi, qualora la presente richiesta di attivazione della Misura “interventi carattere assistenziale per disabili gravi e gravissimi” venga accolta, a comunicare tempestivamente all’ASP di Reggio Calabria , qualunque fatto che implichi la sospensione o l’interruzione del buono mensile e/o del voucher (*per maggiori informazioni, fare riferimento all’allegato della domanda*):
- qualunque fatto che implichi l’assenza dal domicilio, temporanea o definitiva, della persona beneficiaria
 - trasferimento di residenza
 - inserimento in Unità d’offerta semiresidenziali socio sanitarie (es.CDD, CDI, riabilitazione in diurno continuo)
 - ricovero di sollievo con costi a carico totale del Fondo Sanitario Regionale
 - ricovero presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie (es. RSA, RSD, CSS, Hospice)
 - decesso
- nonché a trasmettere ai medesimi contatti documentazione aggiornata ed in corso di validità laddove a termine (es. permesso di soggiorno)
6. di essere a conoscenza dei criteri previsti per il riconoscimento della Misura “Interventi sperimentali di carattere assistenziale per persone con disabilità gravi e gravissime”, delle tipologie di intervento previste (buono mensile, voucher), e che tale misura, una volta ammessi, è incompatibile con la fruizione di altri servizi di assistenza offerti dal Fondo non Autosufficienza annualità 2013 – DGR 311/2013 e ss.mm.ii., della durata dell’intervento.
7. di essere consapevole del fatto che l’effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere anche un accesso domiciliare da parte di personale della ASP competente per territorio.
8. di essere a conoscenza che l’ASP competente per territorio ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;
9. di aver preso visione dell’informativa all’utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA

- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori
- In caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità
- Eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario

Luogo e data Firma (1)

(firma del dichiarante)

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.