Allegato 1

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) CAP\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domicilio (se diverso dalla residenza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

 □ DIRETTO INTERESSATO

 □ FAMILIARE

 □ TUTORE

 □ CURATORE

 □ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con Decreto n.\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_

per conto del sig./sig.ra (Nome e Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

 □ PER SE

 □ PER CONTO DEL BENEFICIARIO

Di accedere ad uno dei seguenti interventi della durata di 12 mesi:

 □ MISURA 1 intervento diretto per un ammontare di 18 ore mensili di assistenza domiciliare;

 □ MISURA 2 buono sociale mensile di € 400,00 per:

 ◊ assistente alla persona assunta o da assumere al momento della prestazione dell'istanza;

 ◊ acquisto di prestazioni di assistente da una compagine sociale accreditata.

 □ MISURA 3 buono sociale mensile di € 150,00 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità € 150,00.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civile a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

* che la situazione del beneficiario è compatibile con i criteri distrettuali approvati dal comitato istituzionale dei sindaci del Distretto sociosanitario VT5;
* di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
* che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
* che l'intervento richiesto non è finanziato da altre provvidenze economiche

SI IMPEGNA

* a dare comunicazione in caso di ricoveri futuri consapevole che, in caso di ricovero permanente, l'erogazione dei benefici verrà revocata;
* a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione delle dichiarazione rese;
* a concordare con l'assistente sociale del Comune di residenza la visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria.

Accetta che le assistenti sociali, comunali e della ASL, oltre ad effettuare l'istruttoria, verifichino la realizzazione dell'intervento assistenziale in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso dell'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'incongruenza tra l'intervento richiesto/accettato e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto.

In relazione alla misura di sostegno richiesta presenta, unitamente all'istanza i seguenti documenti:

ALLEGATI OBBLIGATORI PER TUTTE LE MISURE:

* copia del documento di identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
* se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità del decreto di nomina del Tribunale.
* copia del documento di identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento
* verbale di riconoscimento art. 3 comma 3 della Legge 104/92
* verbale di invalidità
* verbale di riconoscimento accompagno;
* attestazione ISEE socio sanitario corso di validità;
* indicazione IBAN per erogazione del contributo.

 Luogo e data firma del Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_