

AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO di _____

	COGNOME		NOME																					
Il Sig. /a	(di seguito indicato RICHIEDENTE)																				
nato/a a	(Prov.)	Il																				
codice fiscale	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
residente in:	Via.....																							
Città	CAP	Provincia tel.....																				
Sesso	F	M																						
MEDICO CURANTE																								
	Nome e Cognome																						
	Recapito :																						
<i>In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):</i>																								
	COGNOME		NOME																					
<input type="checkbox"/> Il Sig./ a																					
codice fiscale	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
Residente in:	via.....																							
Città	Cap.....	Provincia	tel.....																				
in qualità di:																								
<input type="checkbox"/>	rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.)																							
<input type="checkbox"/>	persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)																							
per conto del RICHIEDENTE																								
	CHIEDE																							
l'accertamento di non autosufficienza di cui alle DD.G.R. 20 ottobre 2008 n. 1106 e 7 marzo 2008 n. 219, per la concessione della misura economica per la non autosufficienza, dell'importo di 350,00 euro mensili con: <i>(barrare una sola casella)</i>																								
<input type="checkbox"/>	nessuna compartecipazione dell'utente (valore ISEE fino a <u>12.000,00</u> euro)																							

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.

DICHIARA CHE

IL RICHIEDENTE

cittadino italiano o U.E.

oppure

cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (allegare copia del permesso di soggiorno)

invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

oppure

portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento

la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui al D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro _____, come da allegata certificazione

nel nucleo familiare sono presenti n. figli minori e/o n. portatori di handicap (al fini del riconoscimento dell'abbattimento dell'ISEE previsto dal Piano Sociale Integrato Regionale 2007-2010)

l'assistenza verrà erogata tramite: assistente familiare (badante) regolarmente assunta
 acquisto di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore
 famiglia

alla presente:

copia del verbale di accertamento di invalidità civile (anziani)

copia del verbale di handicap e del verbale di accertamento di invalidità civile (disabili)

copia della certificazione rilasciata da strutture ospedaliere, istituti scientifici o ASL

(nel caso di disabili considerati gravi ex lege (persone down e malattie rare))

certificazione ISEE

copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, nel caso di cittadino extracomunitario.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di omissione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giurando il disposto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Il sottoscritto/a è a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente certificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della prestazione economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

_____ (data)

_____ (firma)

(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)