

All' Ente di Ambito Sociale n 20 "Aventino"
Comunità Montana Aventino Medio Sangro
Loc Quadrelli
66017 Palena (CH)

MODULO DI DOMANDA
PER RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA'GRAVISSIME PLNA 2013

Riservato all'Ente di Ambito Sociale- Comune:

Domanda n.:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A NORMA DELLA LEGGE N. 445/00

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____
provincia _____ via/piazza _____ n° _____
tel. _____ fax _____ email _____ Codice
fiscale _____ Medico di Medicina Generale:
_____ tel. _____

chiede

l'assegnazione di assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2013

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____
_____ email _____ Codice fiscale _____

in qualità di:

- familiare;
- tutore;
- amministratore di sostegno;
- altro (specificare)

chiede

l'assegnazione di assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale nell'ambito del PLNA 2013

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a
_____ residente a _____ Prov. _____
via/piazza _____ n° _____ tel. _____ fax _____
_____ email _____ Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

DICHIARA

di essere nella seguente condizione e/o che il soggetto interessato all'Assegno disabilità gravissime presenta la seguente condizione:

- persona disabile in situazione di gravità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- persona con il seguente grado di invalidità: _____;

di essere assistito e/o che il soggetto interessato è assistito:

- da persona con regolare contratto di lavoro per forme di assistenza private;
- in maniera diretta dal proprio familiare;

di non essere beneficiario e/o che il soggetto interessato non è beneficiario di altri contributi e/o sussidi economici per lo stesso servizio.

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Allega alla presente domanda:

certificato di invalidità in corso di validità,

- certificato legge 104/92 in corso di validità,
 - fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
 - certificazione ISEE in corso di validità,
 - Copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
 - Dichiarazione Stato di famiglia;
 - altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione _____
-

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

Firma _____

Data __ / __ / _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al *Piano Locale per la non Autosufficienza anno 2013*.

Firma _____