Al Distretto Sanitario di _____dell'Azienda Sanitaria Provinciale _____

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime

(Delibera Regione Calabria n. 364/2016. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza).

Destinatari : persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

Dati del soggetto dichiarante

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

*Scegliere tra le seguenti opzioni : a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità.
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di non usufruire di altri interventi e servizi socio assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni, e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.

ALLEGA

[ ] Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità
[ ] Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento (se ancora non in possesso, allegare copia della richiesta all'Inps);
[ ] Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992 (se ancora non in possesso allegare copia della richiesta all'Inps);
[ ] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di 60.000,00 euro ;
[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario
[ ] Altro (specificare) _____

CHIEDE che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:
Sig./Sig.ra _____
Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____ E-mail _____
Qualora l'istanza venga accetta dalla commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____

CodiceFiscale _____

tramite accredito sul Conto Corrente [ ] Bancario [ ] Postale (Codice IBAN 27 caratteri)

_____

[ ] c/o Banca/Ufficio Postale_____ Sede/Agenzia _____

INFORMATIVA PRIVACY : *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. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

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 previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Calabria, ai sensi della DGR n. n. 364/2016*
Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

****

A CURA DELL'ASP - CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE ATTRIBUITO: 600 EURO

Firma del Responsabile/Referente _____

Firma dell'utente per accettazione _____

Luogo e Data _____