

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14

Acireale – Aci Bonaccorsi – Aci Castello – Aci Catena - Aci Sant'Antonio - Santa Venerina – Zafferana Etnea

LEGGE 328/00 - FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI - PIANO DI ZONA 2010 – 2012

Servizio di Assistenza Domiciliare per la disabilità grave

AL SIG. SINDACO COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a _____ nat_ a _____
il _____ e residente in _____ via _____ n. _____
Tel _____ e-mail _____
nella qualità di :

Diretto interessato

_____ (specificare coniuge, figlio, amministratore di sostegno, altro)

CHIEDE

la predisposizione del progetto personale per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare a favore di:

Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il _____
Residente in _____ Via _____ n. _____ Tel. _____

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

DICHIARA

Che i dati relativi al beneficiario sono i seguenti:

A. CODICE FISCALE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:

	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA	POSIZIONE LAVORATIVA
1					
2					
3					
4					
5					

C. RICONOSCIMENTO CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- NON HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%

- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- HA RICHIESTO ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON HA RICHIESTO ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L.REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (L. REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)

D. SITUAZIONE DI CURA/ ASSISTENZA:

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE _____
- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

E. ATTESTAZIONE I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014)

- €/ANNO

F. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'

ALLEGA ALLA PRESENTE IN BUSTA CHIUSA:

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di invalidità 100 %
- 3) Valutazione del Medico M. G. su scheda S.V.A.M.A. sanitaria (all. 2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 4) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente
- 5) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Santa Venerina al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016. Dichiaro inoltre di essere informato che

- il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Santa Venerina Piazza Regina Elena PEC

protocollo@per.comune.santavenerina.ct.it

- il responsabile del trattamento è l'Assistente Sociale Roberta Di Natale mail assistente sociale@comune.santavenerina.ct.it

- il responsabile della protezione dei dati è il dottor Ivan Masuzzo mail ivanmasuzzo@gmail.com.

Firma
