

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**

**Acireale – Acibonaccorsi – Acicastello – Acicatena - Aci Sant’Antonio - Santa Venerina – Zafferana E.**

**Al Settore Servizi Sociali del Comune di Acireale**

**OGGETTO: F.N.A. 2013/2014. RICHIESTA DI RICOVERO DI SOLLIEVO**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi  
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

\_l \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

Il ricovero temporaneo del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Presso la struttura \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**A tal fine, 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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

- Che il beneficiario del ricovero di sollievo si trova nelle seguenti condizioni:
  - Anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento
  - Disabile grave ai sensi dell’art.3 comma 3 della legge 104/92

- Che il nucleo familiare del beneficiario del ricovero di sollievo è composto da:

N.	Cognome e Nome	Relazione di parentela	Nato	
			a	il
1				
2				
3				
4				
5				

- che il beneficiario del ricovero di sollievo fruisce dei seguenti benefici e/o prestazioni socio-assistenziali comunali o socio- sanitarie;
  - Servizio Assistenza Domiciliare
  - Trasporti
  - Buono socio-sanitario
  - Cure infermieristiche /riabilitative
  - Altro: \_\_\_\_\_

- che il ricovero di sollievo è finalizzato ad alleviare il carico assistenziale, attualmente garantito da:
  - a) parenti entro il terzo grado o affini entro il secondo grado

Cognome e Nome	Grado di parentela/affinità	Comune di residenza	Indirizzo e Telefono

b) badante o altro (precisare) \_\_\_\_\_

- che il Dott. \_\_\_\_\_ del Servizio di Medicina Generale dell'ASP CT è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza

- di essere informato, ai sensi degli artt. 10 e 11 della Legge 675 del 31.12.1996 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", che il trattamento dei dati personali contenuto nella presente domanda è indispensabile per l'erogazione di prestazioni a domanda individuale e di acconsentire al trattamento dei dati personali, in funzione agli scopi per i quali è realizzato, nel rispetto della normativa vigente;

- di essere informato che la valutazione della richiesta di ricovero di sollievo sarà valutata dal Servizio Sociale del Comune di residenza e che l'intervento è autorizzato dal Comune di residenza dell'anziano o del disabile grave presso struttura residenziale, socio-sanitaria o sociale, iscritta all'Albo Regionale delle Istituzioni socio-assistenziali di cui all'art. 26 della Legge Reg.le n.22/86 nelle Sezioni anziani/disabili, o in possesso di decreto di autorizzazione al funzionamento

- di essere a conoscenza dei criteri che disciplinano il servizio Ricovero di Sollievo, ai sensi della Legge 328/00 e della Direttiva Regione Sicilia prot. n.43955 del 29/12/2015 "F.N.A. Anni 2013/2014 – Linee Guida per la concessione di un contributo a livello sperimentale per il ricovero di sollievo".

**Allega alla domanda la seguente documentazione:**

- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento, per gli anziani;
- Certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 104/92, per i disabili;
- Attestazione I.S.E.E. relativa ai redditi del nucleo familiare in corso di validità, non superiore a € 25.000,00;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del beneficiario.

**AUTORIZZA**

Il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii. con le modalità indicate nell'Avviso Pubblico.

Firma

\_\_\_\_\_