

**Amministrazione destinataria**

Comune di Savona

**Ufficio destinatario****Domanda di ammissione al fondo regionale per le gravissime disabilità****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Scala	Piano
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento***(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l'accertamento dei requisiti di accesso al sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 30/12/2016, n. 1289 così come previsto dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 26/09/2016

**Soggetto interessato**

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**in qualità di (\*)**

**Ruolo**

**Specificare**

*In qualità di (\*):*

rappresentante legale, persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere, genitore disabile adulto

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

ai fini della valutazione della domanda l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

Valore ISEE	Data rilascio	Data fine validità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

che il richiedente

- è in possesso dell'indennità di accompagnamento
- è a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità continuativa ad esclusione dei ricoveri di sollievo non superiori a 45 giorni anche non consecutivi; inoltre non è cumulabile con altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (fondo regionaler per la non autosufficienza, vita indipendente, altre eventuali analoghe misure) laddove nel progetto individualizzato di Assistenza (PIA) si preveda una frequenza parziale inferiore ai cinque giorni. Il contributo verrà di conseguenza commisurato ai giorni di permanenza a domicilio
- è disponibile ai fini della valutazione della domanda ad essere valutato da un medico specialista e dall'assistente sociale dei servizi sociosanitari pubblici territoriali
- è a conoscenza che gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali o di trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel piano individuale di assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente/famiglia
- è quotidianamente assistito al proprio domicilio dal familiare/badante

#### persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

#### ulteriore persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

**ulteriore persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
- documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Savona SV

Luogo

Data

il dichiarante