

OGGETTO: Istanza di ammissione alla misura per l'erogazione di un "Assegno di cura" ai soggetti in condizioni di disabilità grave e gravissima e di dipendenza vitale (SLA), che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore.

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ provincia (____) il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

in qualità di diretto interessato

in qualità di tutore

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____

in qualità di amministratore di sostegno

indicare estremi del provvedimento di nomina: _____

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia un minore :

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto:

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B. nel caso la potestà genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/attestazione da entrambi i genitori del minore);

Nel caso in cui la persona affetta da gravissima disabilità sia temporaneamente impedita a presentare la domanda:

[] in qualità di coniuge o, in sua assenza, figlio, o in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela_____)

(N.B.in questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell' art.4 D.P.R.445/2000)

del/la Sig./sig.ra in qualità di persona affetta gravissima disabilità :

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ provincia (____) il ____/____/____

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Il riconoscimento della misura "interventi sperimentali di carattere assistenziale per persone con disabilità gravi e gravissime".

Al fine del riconoscimento della misura, ai sensi degli artt.46 e 47 de! DPR 445 de! 28.12.2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 e art.76 de] D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Che la persona affetta da disabilità gravissima e residente nel Comune di _____ facente parte del Distretto Socio-Sanitario Ambito Territoriale di San Marco Argentano comprendente i Comuni di: San Marco Argentano – Cervicati – Fagnano Castello – Malvito - Mongrassano – Mottafollone - Roggiano Gravina – S. Agata d' Esaro – Santa Caterina Albanese- San Donato di Ninea – San Lorenzo del Vallo – San Sosti – Spezzano Albanese – Tarsia- Terranova da Sibari;
2. Che la persona affetta da disabilità gravissima ha avuto la sua prima diagnosi di _____

(indicare la patologia che comporta la disabilità gravissima)

in data ____/____/____

3. Che la persona affetta da disabilità gravissima è assistita da uno o più familiari caregiver come di seguito elencati:

Familiare 1:

[] Convivente

[] Non convivente

] (in caso di soggetto minorenni) intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome del intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestataro del conto corrente

//_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Genitore B

Cognome e nome del cointestataro del conto corrente

Codice Fiscale del cointestataro del conto corrente

//_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

Ovvero

] Delegando a riscuotere per conto della persona affetta da disabilità gravissima (o non ciò liberando i terzi da ogni qualsiasi responsabilità in merito) il buono che le/gli spetta in quanto titolare il sig./sig.ra

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ provincia (____) il ____/____/____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Codice fiscale _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

(in questo caso e necessario presentare delega ai sensi dell'art.21 c.2 e art.47 D.P.R. 445/2000)

5. Di impegnarsi, qualora la presente richiesta di attivazione della Misura "interventi carattere assistenziale per disabili gravi e gravissimi" venga accolta, a comunicare tempestivamente all'ASP di Cosenza, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del buono mensile e/o del voucher (per maggiori informazioni, fare riferimento all'allegato della domanda);

-] qualunque fatto che implichi l'assenza dal domicilio, temporanea o definitiva, della persona beneficiaria
-] trasferimento di residenza;
-] inserimento in Unità d'offerta semiresidenziale socio sanitarie (es. CDD, CDI, riabilitazione in diurno continua);
-] ricovero di sollievo con costi a carico totale del Fondo Sanitario Regionale;
-] ricovero presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie (es. RSA, RSD, CSS. Hospice);
-] decesso

Nonché a trasmettere ai medesimi contatti documentazione aggiornata ed in corso di validità laddove a termine (es. permesso di soggiorno)

6. Di essere a conoscenza dei criteri previsti per il riconoscimento della Misura "interventi sperimentali di carattere assistenziali per persone con disabilità gravi e gravissime", delle tipologie di intervento previste (buono mensile, voucher), e che tale misura, una volta ammessi, è incompatibile con la fruizione di altri servizi di assistenza offerti dal Fondo non Autosufficienza annualità 2013 - DGR 311/2013 e ss.mm.ii., della durata dell'intervento.

7. Di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere anche un accesso domiciliare da parte di personale della ASP competente per territorio.

8. Di essere a conoscenza che l'ASP competente per territorio ai sensi dell'art.21 del D.P.R. 445/2000, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficiario ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

9. Di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possono essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

ALLEGA

- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverse dalla persona affetta da disabilità gravissima): in caso di potestà genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori
- In caso di cittadino non comunitario copia permesso di soggiorno in corso di validità
- Eventuale atto di procura generale notarile, qualora necessario
- ISEE in corso di validità dell'assistito

Luogo e data Firma (1)

(firma del dichiarante)

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale)

(1) Nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione accettazione da entrambi i genitori.