

AL DISTRETTO SOCIO SANITARIO di

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

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

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia tel.....

Sesso ☐ F ☐ M

MEDICO CURANTE

Nome e Cognome

Recapito :

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME NOME

☐ il Sig./ a

codice fiscale

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

Residente in: via.....

Città Cap..... Provincia tel.....

in qualità di:

☐ rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.)

☐ persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)

per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'accertamento di non autosufficienza di cui alla D.G.R. 20 ottobre 2006 n. 1106 per la concessione della misura economica per la non autosufficienza, dell'importo di 350,00 euro mensili con: *(barrare una sola casella)*

- ☐ nessuna compartecipazione dell'utente (valore ISEE fino a 10.000,00 euro)
- ☐ compartecipazione dell'utente al 20% (valore ISEE compreso tra 10.001,00 e 20.000,00 euro)

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS.MM.
DICHIARA CHE

IL RICHIEDENTE

- ☐ è cittadino italiano o U.E.
oppure
- ☐ è cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (**allegare copia del permesso di soggiorno**)
- ☐ è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
oppure
- ☐ è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento
- ☐ la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro _____, come da allegata certificazione
- ☐ nel nucleo familiare sono presenti n. figli minori e/o n. portatori di handicap (ai fini del riconoscimento dell'abbattimento dell'ISEE previsto dal Piano Sociale Integrato Regionale 2007-2010)
- ☐ l'assistenza verrà erogata tramite: ☐ assistente familiare (badante) regolarmente assunta
☐ acquisto di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore
☐ famiglia

Allega alla presente:

- ☐ copia del verbale di accertamento di invalidità civile (anziani)
- ☐ copia del verbale di handicap e del verbale di accertamento di invalidità civile (disabili)
- ☐ copia della certificazione rilasciata da strutture ospedaliere, istituti scientifici o ASL
(nel caso di disabili considerati gravi ex lege (persone down e malattie rare))
- ☐ certificazione ISEE
- ☐ copia del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, *nel caso di cittadino extracomunitario.*

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)
(allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)