

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

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

residente in:

Via.....Città.....Cap

Provincia tel.....

PEC..... Email

(in assenza di PEC i giustificativi per la rendicontazione potranno essere anticipati tramite posta elettronica indicata nella presente domanda quale domicilio speciale ex Dlgs N.82/2005)

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.....

PEC..... Email

(in assenza di PEC i giustificativi per la rendicontazione potranno essere anticipati tramite posta elettronica indicata nella presente domanda quale domicilio speciale ex Dlgs N.82/2005)

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 alle Deliberazioni di Giunta Regionale 20 ottobre 2006 n. 1106 e 7 marzo 2008 n. 219 e 166 del 21/02/2011, per la concessione della misura economica per la non autosufficienza, dell'importo di 350,00 euro mensili e l'accesso alla misura Grave Disabilità di cui alla DGR 695 del 14/07/2023

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

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 al DPCM 159/2013 e ss.mm.ii) pari a euro _____, Numero Protocollo _____ e data del Protocollo __/__/__, inferiore al limite massimo di 14.000€

di essere a conoscenza che l'attestazione ISEE ha una validità stabilita a livello nazionale e che pertanto vi è l'obbligo di produrre annualmente l'attestazione in corso di validità pena la sospensione del contributo

l'assistenza verrà erogata tramite:

assistente familiare (badante) regolarmente assunta

acquisto di prestazioni di assistenza da cooperative o altro soggetto fornitore

È consapevole che il beneficio è soggetto a rendicontazione mensile mediante invio di giustificativi di spesa all'Ambito Territoriale Sociale 18 (ATS)

Allega alla presente:

copia del verbale di accertamento di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento (anziani)

certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 art. 3, comma 3 e copia del verbale di accertamento di invalidità civile al 100 % con indennità di accompagnamento (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))

copia del permesso di soggiorno CE

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.

Di autorizzare il Servizio alla consultazione tramite il sito INPS della Dichiarazione Sostitutiva Unica ed I.S.E.E. prodotte.

Il Distretto, tramite il Comune, effettuerà la verifica anche a campione, delle dichiarazioni dei richiedenti avvalendosi delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, oltre all'eventuale ausilio della Guardia di Finanza per i controlli sostanziali e reddituali dei dati dichiarati.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

(allegare copia del documento di identità non scaduto)

