

Spett. Comune di

Oggetto: Istanza per Censimento Persone con Disabilità Grave (*Minori e Adulti*) del Distretto Socio-Sanitario 37

Il/La sottoscritt _____

nat. a _____ il _____ residente a _____

In via _____ n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

Cellulare _____ e-mail _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o noncorrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445

CHIEDE

Per se stesso

o in qualità di:

caregiver

amministratore di sostegno

tutore

della persona disabile di seguito indicata:

Nome _____ Cognome _____ nat. a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

_____ Codice fiscale _____ tel. _____ cell. _____

di essere censito per l'eventuale erogazione di prestazioni/servizi *a seguito di sottoscrizione del "Patto di Servizio" in sede di "Unità di Valutazione Multidimensionale (socio-sanitaria)".*

Le eventuali prestazioni/servizi, individuati in riferimento ai bisogni rilevati in sede di UVM, saranno erogati ad avvenuta ricezione di finanziamenti regionali e ministeriali in favore del Distretto Socio Sanitario 37 e/o in capo ai bilanci dei Comuni di residenza o con risorse della persona disabile sulla base della disciplina per la compartecipazione al costo per le prestazioni che la prevedono, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159 così come richiamato dal D.lgs. 62/2024 art. 28 c. 7.

A tal fine allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente (CAREGIVER);
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore;

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla Legge L.104/92, art. 3 comma 3 o del certificato di valutazione di base con riconoscimento della condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (art6 c.7 Dec. Lgs. 62/2024);
- ISEE ordinario (solo per i minorenni) ed isee socio sanitario/ristretto (solo per i maggiorenni) in corso di validità;
- Copia fotostatica del codice Iban del caregiver (per successiva eventuale erogazione del contributo)

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico approvato e di accettarne interamente i contenuti;
- di autorizzare al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.L.gs. n. 196/03, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C.

_____ li _____

IL RICHIEDENTE