

Allegato A

Al Distretto Socio - Sanitario

Ambito Territoriale
di San Marco Argentano

Al Comune di Fagnano Castello
Servizi Sociali

**OGGETTO: D.G.R. 464/2015. INTERVENTI E SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI
IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENTI AL
DI SOTTO dei 65 ANNI.**

Il Sottoscritto

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 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)

Nel caso in cui la persona affetta da _____ 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 da disabilità :

Cognome _____ Nome _____

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

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Il riconoscimento di **Interventi E/O Servizi Socio-Assistenziali.**

Al fine del riconoscimento della misura, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445 del 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 è 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 è affetta da disabilità di seguito riportata:

(indicare la patologia che comporta la disabilità)
in data ____/____/____

3. Che la persona affetta da disabilità è assistita da uno o più familiari care-giver come di seguito elencati:

Familiare 1:

[] Convivente

[] Non convivente

Grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

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

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Familiare 2:

Convivente

Non convivente

Grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

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

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia (____) cap _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

4. Di impegnarsi, qualora la presente richiesta di attivazione **Interventi e Servizi Socio-Assistenziali** venga accolta, a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano del Comune di San Marco Argentano o all' Ufficio Servizi Sociali del Comune di residenza, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del servizio (per maggiori informazioni, fare riferimento all'allegato della domanda);

6. Di essere a conoscenza dei criteri previsti per il riconoscimento **Interventi e Servizi Socio-Assistenziali**, di cui alla D.G.R. 464/2015.

7. Di essere a conoscenza che le prestazioni saranno erogate dopo formulazione di apposita graduatoria delle istanze pervenute;

8. Di essere a conoscenza che le prestazioni saranno erogate dopo opportuna valutazione dei singoli casi attraverso la definizione dei Piani di Assistenza Individualizzati (P.A.I).

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;
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverse dalla persona affetta da disabilità);
- 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;
- Documentazione sanitaria: certificato del medico di base attestante lo stato di non autosufficienza, e/o SVAMA e/o certificato di invalidità ed ogni altra documentazione sanitaria ritenuta utile;
- Verbale di accertamento dell'handicap Legge 104/92.

Luogo e data Firma

(firma del dichiarante)

(firma del genitore esercente la potestà genitoriale)
