



REGIONE LIGURIA

**INTERVENTI SOCIALI
PER IL SOSTEGNO A CASA DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA'
GRAVISSIMA (DGR 1289/2016)**

DOMANDA DI INTERVENTO

AL DISTRETTO SOCIOSANITARIO di

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito
indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il
.....

codice fiscale

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

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia

tel..... e-mail.....

Sesso F M

In caso di rappresentante legale (genitore del minore, tutore, amministratore di sostegno, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere o di genitore/fratello/figlio di persona adulta (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 genitore di minore, tutore, amministratore di sostegno, ecc.)

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

genitore di disabile adulto

Per conto del richiedente

chiede

l'accertamento dei requisiti di accesso al Sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima di cui alla DGR 1289/2016 così come previsto dal Decreto interministeriale 26/09/2016 art.3.

IL RICHIEDENTE A TAL FINE DICHIARA DI

- Essere residente in Regione Liguria;
- Essere in Possesso dell'Indennità di Accompagnamento;
- Essere a conoscenza che l'intervento in oggetto è incompatibile con forme di residenzialità continuativa ad esclusione dei ricoveri di sollievo non superiori a 45 giorni anche non consecutivi e non è cumulabile con altre misure di sostegno al mantenimento a domicilio (Fondo Regionale Non Autosufficienza, Vita Indipendente, altre eventuali analoghe misure). Si specifica che per la frequenza ai Centri Diurni è compatibile laddove nel Progetto Individualizzato di Assistenza (PIA) si preveda una frequenza parziale inferiore ai 5 giorni; il contributo verrà di conseguenza commisurato ai giorni di permanenza a domicilio.
- Essere quotidianamente assistito a proprio domicilio dal familiare/badante;

Indicare i dati anagrafici e i recapiti della persona di cui ha necessità quotidiana di aiuto e supporto:

Cognome

Nome

Il Sig. /a

nato/a a (Prov.) il

residente a:

Via..... N°

Città CAP..... Provincia Recapito telefonico.....

e-mail.....grado di parentela.....

convivente non convivente

Essere disponibile ai fini della valutazione della domanda ad essere valutato **da un medico specialista e dall'assistente sociale dei servizi sociosanitari pubblici territoriali;**

Essere a conoscenza che **gli interventi di sostegno potranno essere offerti sotto forma di prestazioni assistenziali o di trasferimenti monetari sulla base di quanto stabilito nel Piano Individuale di Assistenza che verrà redatto dai servizi sociosanitari competenti, condiviso e sottoscritto dall'utente/famiglia;**

Essere a conoscenza che il riconoscimento degli interventi di sostegno non è vincolato ad alcuna soglia ISEE, ma in caso di domande eccedenti la disponibilità dei fondi, l'ISEE costituisce criterio di priorità di graduatoria, fatte salve le persone già in carico fruitori della misura;

Essere a conoscenza che in caso di mancata presentazione dell'ISEE nell'ipotesi di numero di domande eccedenti le risorse disponibili verrà attribuita la priorità più bassa;

Allega alla presente:

- copia del verbale di riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento;
- certificazione ISEE
- fotocopia documento d'identità non scaduto di chi sottoscrive la domanda

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)