

- SPETT.LE COMUNE DI _____
- SPETT.LE A.S.L. DI VARESE - DISTRETTO DI TRADATE
SERVIZIO A.D.I.
Via Gradisca
21049 – Tradate

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DI INTERVENTI
A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E GRAVISSIMA E PER
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/la Sottoscritto/a _____ Sesso M F

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. Di Varese

Tel. e/o cellulare _____

In qualità di :

- Soggetto interessato
- Familiare (specificare il grado di parentela _____)
- Rappresentante legale come da decreto allegato (specificare _____)

con riferimento ai contenuti della D.G.R. n° X/740 del 27/09/2013 "Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla D.G.R. 02/08/2013 n° 590. Determinazioni conseguenti"

CHIEDE

- A favore dello/a stesso/a
avente come Medico di Medicina Generale il/la dr. /d.ssa _____

oppure

- A favore del/la Signor/a _____ Sesso M F
- Codice Fiscale _____
- Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
- Residente in Via/Piazza _____ n. _____
- Comune di _____ CAP _____ Prov. Di Varese
- Tel. e/o cellulare _____
- avente come Medico di Medicina Generale il/la dr./d.ssa _____

Di poter accedere alle misure a favore delle persone con disabilità grave e gravissima e per anziani non autosufficienti, per l'assistenza della persona suindicata.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.26 della legge n. 156/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- che il/la sig./a _____ è riconosciuto/a invalido/a al _____ % come da verbale di invalidità allegato;
- che il/la sig./a _____ ha fatto domanda di invalidità civile in data _____
- che il reddito ISEE relativo all'anno _____ con scadenza il _____ è di € _____;
- di essere a conoscenza che la presente istanza non produrrà automaticamente l'accesso alle misure a favore delle persone con disabilità grave e gravissima e per anziani non autosufficienti in quanto esso è subordinato alla valutazione della situazione socio-familiare, economica e sanitaria da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune congiuntamente con il servizio A.D.I. dell'A.S.L. di Varese – Distretto di Tradate;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche, socio-familiari e sanitarie che determinino la perdita del diritto alla concessione degli interventi;
- di essere a conoscenza che il Comune e l'ASL, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 71, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti e ciò comporterà la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

Ai sensi all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data, _____

In fede

(firma) _____

ALLEGATI

- Copia del verbale di invalidità civile con indicazione della diagnosi;
- Copia della domanda di accertamento corredata da eventuale documentazione clinica che attesti la condizione di non autosufficienza;
- copia della CRS
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità

La Domanda sarà considerata valida solo se completa dei documenti richiesti.