



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D5

Comune Capofila Licata

Comune partner Palma di Montechiaro

Azienda Sanitaria Provinciale – AG

PEC: *protocollo@cert.comune.licata.ag.it*

E mail: *distrettod5@comune.licata.ag.it*

Ufficio: Via Marianello s.n.c Licata Tel. 0922868111- 0922775817

Al Sig. Sindaco del

Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

SEDE

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico a favore del caregiver familiare di soggetti affetti da disabilità grave e gravissima

Soggetto richiedente

Il/La Sottoscritt _____

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

nat ____ a _____ il _____ di
essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

In qualità di **caregiver** con rapporto di parentela _____

Del/la Sig.ra _____

nat ____ a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n. _____ codice fiscale _____ tel. _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

L'accesso al beneficio economico in oggetto

A TAL FINE DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- Di essere residente nel Comune di _____ ;
- Di avere compiuto 18 anni di età ed essere in condizione di autosufficienza;
- Di avere un ISEE del nucleo familiare in corso di validità, ai sensi della normativa vigente, non superiore a € 30.000,00;
- Di avere acquisito il consenso della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore;
- Che il soggetto assistito non è inserito in struttura convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale o in struttura residenziale in regime non convenzionato per il quale la retta parziale o totale è a carico del comune di residenza.
- Che il soggetto assistito non è beneficiario del progetto "Dopo di Noi"

(Barrare solo le caselle interessate)

- Che per il soggetto assistito sussistono le condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 ;
- Che il soggetto assistito è in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104;
- Che il soggetto assistito è in possesso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Che il Soggetto assistito non ha potuto avere accesso alle strutture residenziali a causa della normativa emergenziale;
- Che il soggetto assistito è in fase di deistituzionalizzazione;
- Che il soggetto assistito ha sottoscritto il "Patto di Cura" presso l'ASP n° 1;
- Che il soggetto assistito ha sottoscritto il "Patto di Servizio" presso il Distretto Socio Sanitario D5 nel comune di _____;
- Che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti N° _____ minori;
- Che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti altre persone disabili oltre la persona assistita.

Si allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente e del soggetto assistito;
- Documentazione sanitaria che attesti le dichiarazioni delle condizioni mediche dell'assistito;
- ISEE del richiedente;
- Copia del documento dell'Unità di Valutazione Geriatrica o dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità in cui si attesti di essere in attesa di attivazione di intervento domiciliare o residenziale, oppure persone già ricoverate in regime definitivo ed in convenzione con l'ASP per cui si richiama e risulti perseguibile il rientro a domicilio;
- Dichiarazione di consenso alla richiesta del beneficio della persona assistita o di un suo amministratore di sostegno, di un suo tutore o curatore (Allegato E)

IL RICHIEDENTE

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza e acconsente il trattamento dei dati personali, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi del D. L. 196/03 coordinato con il D. L. 101/2018 e al Regolamento Europeo N° 679/2016 per lo svolgimento delle funzioni istituzionali della A.C., i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati.

IL RICHIEDENTE
