



COMUNE DI GROTTE DI CASTRO

Prov. di Viterbo

Tel. 0763/798002-3 Fax 0763/797172 e-mail: comunegrottedicastro@tin.it

C.Fisc. 80012170561 – P.IVA: 00095730560

AL COMUNE DI : _____
(Comune di residenza)

Richiesta di ammissione agli interventi e servizi previsti nel progetto “NON AUTOSUFFICIENZA” annualita’ 2016

1 sottoscritt _____ nato/a a _____ (____)

il _____ / _____ / _____ residente a _____ (VT)

In via _____ nr. _____

CodiceFiscale _____ Telefono _____

Medico curante: Dott. _____ tel _____

CHIEDE

- per se stesso
 in qualità di _____ in nome e per conto:

di _____ nato/a a _____ (____)

il _____ / _____ / _____ residente a _____

In via _____ nr. _____

CodiceFiscale _____ Telefono _____

Medico curante: Dott. _____ tel _____

- PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA DIRETTA
 PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA INDIRETTA
 DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l’organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti.

1 sottoscritt consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 del DPR nr. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1)

- di essere invalido civile al%;
- di essere titolare di indennità di accompagnamento;

OPPURE

- di essere in possesso di certificazione attestante lo stato di handicap, ai sensi della Legge 104/92;

2)

- che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone riportate nell'attestazione ISEE che si rimette in allegato;
- che l'attestazione ISEE socio sanitario 2016 in corso di validità relativa ai redditi dichiarati l'anno 2015, ammonta a €
- di percepire indennità di accompagnamento pari ad €/mensili
- di percepire altre indennità (invalidità civile, rendita INAIL/INPS, pensione estera) per un importo complessivo pari ad €/mensili

DICHIARA inoltre

- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n..... altri PORTATORI DI HANDICAP;
- titolare di indennità di accompagnamento (Legge 18/80), o in possesso di certificazione medico - legale l. 104/92 (*si allega copia del verbale della Commissione medica*)
- con percentuale di invalidità superiore al 75% (*si allega copia del verbale della Commissione medica*).
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. FIGLI MINORENNI.
- Che nel proprio nucleo familiare non sono presenti GENITORI/FAMILIARI/CONVIVENTI.

Allega alla presente:

- copia del verbale di invalidità civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- copia certificazione medico-legale attestante lo stato di handicap (L. 104/92);
- certificato del medico di base;
- copia dell'attestazione ISEE 2016, riferito al periodo d'imposta 2015, in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica;
- certificazione altre indennità;
- copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda;
- certificato di stato di famiglia dell'utente beneficiario del contributo.

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

_____ lì _____

IL DICHIARANTE