



## DISABILITA' GRAVISSIMA

### MODULO DI DOMANDA

((Riferimenti normativi: decreto MLPS del 26/09/2016; D.G.R. 897/2021; D.G.C. 81/2022))

Al Punto Unitario di Accesso Integrato/  
Segretariato Sociale Municipale

#### DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In qualità di (barrare la casella)

· familiare · tutore · amministratore di sostegno · altro (specificare)

Del Sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domiciliato nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In Via/Viale/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. Fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede di accedere:

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato (assistente familiare);
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver.

**A tale fine:**

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'Art. 75 del suddetto D.Lgs.

Allega alla presente domanda:

- certificazione del medico specialista di struttura pubblica;
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura di tipo residenziale;
- ISEE ordinario;
- ISEE sociosanitario;
- documento di identità e Tessera Sanitaria in corso di validità della persona con disabilità;
- documento di identità della persona che presenta la domanda (Caregiver familiare/Tutore/Amministratore di sostegno), in caso di Tutore o Amministratore di sostegno allegare il Provvedimento del Giudice;
- invalidità ed indennità di accompagnamento;
- riconoscimento Legge 104/1992 – Articolo 3 – Comma 3.

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via/Viale/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_