Fac simile domanda

Al Direttore del Distretto Sanitario Unico di Vibo Valentia
Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

Oggetto: **Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime** (*Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 - Fondo per le non autosufficienze annualità 2018 – Liquidazione Aziende Sanitarie Provinciali - Decreto "Dirigenti Regione Calabria" N.13408 del 2/11/22*) - Destinatari: Persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantire l'integrità psicofisica ivi inclusi le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica in conformità all'art.3l Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015.

Il sottoscritto (Dati del Dichiarante o Assistito):

Cognome	
Nome	
Data e comune di nascita	...../...../..... - .....
Comune di Residenza	
Recapiti (via, n.civ.,CAP, città)	
Telefono	
Codice fiscale	
Titolo del dichiarante*	

*Indicare una delle seguenti opzioni: Interessato, Genitore, Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno (regolarmente nominato), Caregiver a altro soggetto previsto per legge.

Dati dell'assistito (da compilare solo se diverso dal soggetto dichiarante):

Cognome	
Nome	
Data e comune di nascita	...../...../..... - .....
Comune di Residenza	
Recapiti (via, n.civ.,CAP, città)	
Telefono	
Codice fiscale	

CHIEDE

l'accesso alla valutazione per l'attivazione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissima disabilità, con finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

DICHIARA

- Che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

- Di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- Di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cure/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni per la sospensione temporanea del beneficio oppure in caso di decesso del beneficiario;
- Di non usufruire di altri interventi e servizi socio-assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai comuni e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale.

ALLEGA

□ Certificazione sanitaria rilasciata, con firma e timbro leggibile, da un Medico di una Struttura Pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016;
□ verbale di riconoscimento dell'invalidità civile con relativa indennità d'accompagnamento;
□ certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
□ attestazione ISEE in corso di validità e regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00 ;
□ copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
□ copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
□ autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
□ copia del decreto di nomina di tutela, curatela o di amministratore di sostegno.

CHIEDE

che eventuali comunicazioni ed eventuali accrediti siano effettuati ai seguenti recapiti:

Cognome	
Nome	
Recapiti (via, n.civ.,CAP, città)	
Telefono/Mail	/
c/o Banca o Ufficio Postale	Sede/Agenzia
Conto Corrente N.	
IBAN (27 caratteri)	

Informativa Privacy : *informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/03 che i dati personali volontariamente forniti,necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/03,oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

Dichiarazione di Consenso: *consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per finalità previste dagli "Interventi a favore di persone affette da disabilità gravissima" della Region Calabria, ai sensi della DGR n. 364/2016.*

Luogo e data_____

Firma del dichiarante_____