

| | | |
|---|--|--|
|  | Amministrazione destinataria Comune di Sestri Levante Ufficio destinatario Ufficio Protocollo | |
|---|--|--|

Domanda di accesso al fondo regionale per la non autosufficienza

Ai sensi dell'accertamento di non autosufficienza di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 20/10/2006, n. 1106 e alla Deliberazione della Giunta Regionale 07/03/2008, n. 219

| Il sottoscritto | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|--|--------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome | | | Nome | | | | Codice Fiscale | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Interno | SNC | CAP |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

CHIEDE

l'accertamento di non autosufficienza di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 20/10/2006, n. 1106 e alla Deliberazione della Giunta Regionale 07/03/2008, n. 219 per la concessione della misura economica per la non autosufficienza

| <input type="radio"/> | per se stesso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------|--|--------------|----------------|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-------|------------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> | per il seguente familiare o tutelato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="2">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="1">Data di nascita</th> <th colspan="1">Sesso</th> <th colspan="2">Luogo di nascita</th> <th colspan="2">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="7">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <th colspan="7">Specificare</th> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> </tbody> </table> | | Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | | | | Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | | | In qualità di (*) | | | | | | | | | | | | | | Specificare | | | | | | | | | | | | | |
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| In qualità di (*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Specificare | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In qualità di ()*:

rappresentante legale (specificare se tutore, procuratore, ecc.) o persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)

| il cui medico curante è | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|----------------|------------------|-----------------------------|--|--------------|-------------------------------|--|--|--|
| Cognome | | | Nome | | | | Codice Fiscale | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | | Cittadinanza | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |
| | | | | | | | | | | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il richiedente

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (anziani) |
| <input type="checkbox"/> | è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (disabili) |
| <input type="checkbox"/> | è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento (disabili considerati gravi ex lege cioè persone down e persone con malattie rare) |

che la famiglia anagrafica del richiedente risulta così composta

| Cognome | Nome | Data di nascita | Grado di parentela | Portatore di handicap |
|---------|------|-----------------|--------------------|--------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> |

che l'assistenza verrà erogata tramite

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | assistente familiare (badante) regolarmente assunta |
| <input type="checkbox"/> | acquisto di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore |
| <input type="checkbox"/> | famiglia |

ai fini della valutazione della domanda l'indicatore della situazione economica, ISEE, è pari a

| Valore ISEE | Data rilascio | Data fine validità |
|-------------|---------------|--------------------|
| € | | |

- che non usufruisce di servizi di assistenza residenziale (RSA,RP)
- che non è inserito in un centro diurno a totale carico dei servizi pubblici

con la seguente modalità di riscossione

| |
|------------------------|
| Codice IBAN |
| |
| Agenzia/filiale |
| |
| Intestatario |
| |

Eventuali annotazioni

| |
|--|
| |
|--|

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della documentazione medica ed eventuale verbaledi invalidità civile |
| <input type="checkbox"/> | copia del certificato medico |
| <input type="checkbox"/> | copia dell'attestazione ISEE socio sanitario |
| <input type="checkbox"/> | indennità di accompagnamento |
| <input type="checkbox"/> | documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | copia del permesso di soggiorno <i>(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

Sestri Levante

Luogo

Data

Il dichiarante