

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.13

(Caltagirone, Grammichele, Mirabella Imbaccari, S.Michele di Ganzaria, Mineo,
S. Cono, Mazzarrone, Licodia Eubea, Vizzini)

Fondo Nazionale non Autosufficienza 2014

Progetti di assistenza per soggetti in condizione di disabilità gravissima

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

__1__ sottoscritt _____
nata/o a _____ Prov. _____ in
data _____ residente a _____
Prov. _____ Via _____ n° _____
Tel _____ Codice Fiscale _____
domiciliat _____ in:

(indicare l'indirizzo completo dove si vuole venga inviata eventuale corrispondenza, se diverso da quello di residenza)

In qualità di :

· Persona in situazione di non autosufficienza ed in condizione di disabilità gravissima

oppure

· Care-giver Familiare(entro il 4° grado) convivente _____ o non convivente _____

· Tutore/curatore/amministratore di sostegno che si occupa della tutela della persona

Sig./Sig.ra _____

nata/o a _____ Prov. _____ in

data _____ residente a _____

Prov. _____ Via _____ n° _____

Tel _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di essere ammesso quale beneficiario dei **Progetti assistenziali personalizzati** integrati socio-sanitari che verranno finanziati dal competente Dipartimento regionale della Famiglia e delle Politiche sociali a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienza 2014.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 d.p.r.445/2000)

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, di essere residente in uno dei comuni del Distretto socio-

sanitario n. 13;

- che il proprio nucleo familiare è composto da:.....;
- di essere stato/a riconosciuto/a non autosufficiente con certificazione di invalidità del 100% rilasciata dalla commissione invalidi civili;
- di essere titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 104/92 art. 3 co. 3;
 - di essere non autosufficiente di recente come da certificazione sanitaria rilasciata dal medico di famiglia completa di scheda multi-dimensionale e documentazione attestante l'avvio della pratica di riconoscimento dell'Invalidità Civile e della disabilità prevista dalla Legge 104/1992 art. 3 comma 3;
 - di richiedere l'accesso al Progetto di assistenza individualizzato per soggetti in condizione di disabilità gravissima.

_____li_____

FIRMA

Allega:

- Fotocopia del documento di identità
- Attestazione sanitaria delle condizione non autosufficienza