

Domanda per la richiesta di:
MISURE DI SOSTEGNO A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE

AL COMUNE DI OSTUNI
UFFICIO DEL PIANO DI ZONA
Per il tramite del Servizio Sociale del Comune
di

Il/La Sig./Sig.ra Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

per se stesso

(ovvero)

Il/La Sig./Sig.ra Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

in qualità di:

- GENITORE
- ALTRO FAMILIARE (specificare _____)
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del/la Sig./Sig.ra Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Di poter beneficiare delle misure di sostegno in favore delle persone con grave disabilità, come previste dalla legge 162/98, rientrando tra i soggetti con disagio

- fisico-motorio
- psichico

A tal fine il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR nr. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1) che il destinatario dell'intervento:

- è invalido civile al% (e allega verbale sanitario);
- è titolare di indennità di accompagnamento;
- gode della seguente prestazione sociale comunale _____

2) gode (o ha goduto) dell'assistenza sanitaria domiciliare:

- medica; infermieristica; fisioterapica;

3) Risiede stabilmente presso la propria abitazione, sita all'indirizzo indicato, e non è ospite, nemmeno per brevi periodi, presso strutture comunitarie diurne o a ciclo continuo;

4) Percepisce Non percepisce contributi per favorire la domiciliarità (p. es., assegno di cura);

5) che il nucleo familiare del destinatario del servizio richiesto è composto dalle persone riportate nell'attestazione ISEE che si rimette in allegato;

6) che l'età della persona disabile è:

- Da 18 a 30 anni
- Da 31 a 40 anni
- Da 41 a 50 anni
- Da 51 a 60 anni

7) che l'attestazione ISEE del nucleo familiare relativa ai redditi per l'anno 2008 ammonta a € e che pertanto rientra nella seguente fascia:

- da € 7.000,01 ad € 10.000,00
- da € 10.000,01 ad € 15.000,00
- da € 15.000,01 ad € 20.000,00
- da € 20.000,01 ad € 25.000,00
- da € 25.000,01 ad € 30.000,00

8) Che la composizione del nucleo familiare è la seguente:

- Richiedente il beneficio che vive da solo o privo di sostegno familiare;
- Persona disabile con tre o più figli a carico, stabilmente conviventi e privi di reddito
- Persona disabile con uno o due figli a carico, stabilmente conviventi e privi di reddito

9) Che il destinatario dell'intervento vive la seguente situazione di particolare disagio (**da documentare adeguatamente**):

- Richiedente il beneficio con più di un familiare stabilmente convivente di età superiore a 70 anni;
- Richiedente il beneficio con familiari stabilmente conviventi aventi invalidità certificata superiore al 75%, ovvero conviventi con anziano non autosufficiente;
- Richiedente il beneficio con un solo genitore o un solo altro familiare convivente;
- Richiedente il beneficio convivente nel nucleo familiare con altra persona in grave situazione di disagio (dipendenza, salute mentale), certificata dal competente servizio socio-sanitario distrettuale;
- Richiedente il beneficio con figlio/i minore a carico:
 - Figlio _____, nato il _____;
 - Figlio _____, nato il _____;
 - Figlio _____, nato il _____;

dichiara inoltre:

10) che l'intervento richiesto è finalizzato ad assicurare le seguenti prestazioni:

- La cura della persona: alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.;
- L'ambito domestico e l'aiuto nelle attività quotidiane (la casa, la spesa, le commissioni, la mobilità, ecc.);
- L'ambito lavorativo o di studio, la socializzazione e le attività ricreative;
- Altre prestazioni (*indicare*)

.....

11) che la prestazione sopra indicata potrà essere eseguita tramite:

- l'integrazione del servizio di assistenza domiciliare in corso (*dettagliare meglio*):
-
-
- il reclutamento di un assistente personale (*dettagliare meglio*):

.....

.....

altra forma (dettagliare meglio):

Eventuali ulteriori annotazioni.....

- 12) di essere consapevole che in ogni caso la tipologia di intervento, l'entità del sostegno economico diretto o indiretto, la sua durata temporale saranno determinate nel Piano di Assistenza Individualizzato;
- 13) che nel caso del reclutamento di un assistente personale la scelta è operata autonomamente dal beneficiario dell'intervento, il quale è tenuto a regolarizzarne il rapporto di lavoro con un contratto nel rispetto della normativa vigente. Non è prevista, comunque, la possibilità che siano assunti come assistenti personali parenti e affini o che possano essere riconosciute come rimborsabili spese di assistenza effettuata dai familiari dello stesso disabile.
- 14) di rispettare gli impegni assunti e concordati nel PAI (Piano di Assistenza Individualizzato) e di impegnarsi a fornire la documentazione per la rendicontazione delle spese sostenute con il concorso del contributo economico erogato.
- 15) di essere a conoscenza della "non cumulabilità" dell'intervento previsto dal bando al quale si partecipa con la erogazione di altri contributi economici aventi la stessa finalità previsti da progetti del piano di zona o progetti della Regione Puglia.
- 16) Di essere a conoscenza che l'Ambito Territoriale ed il comune, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento della domanda o del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

Allega alla presente:

- copia del verbale di invalidità;
- scheda di valutazione dell'autonomia compilata dal medico di base di famiglia;
- Copia della certificazione ISEE in corso di validità relativa al nucleo familiare nel quale l'aveute diritto al beneficio risulta convivente stabilmente;
- Altri documenti riguardanti la situazione di particolare disagio;
- Copia del Documento di identità del richiedente e dell'aveute diritto al beneficio (se non coincidono).

_____ lì _____

_____ **Il dichiarante**

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.