

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N.13

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

Fondo Nazionale non Autosufficienza 2013
Progetti di assistenza per soggetti in condizione di disabilità gravissima

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

__l__ 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

Caregiver 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 2013.

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 co. 3.
- di richiedere l'accesso al Progetto di assistenza individualizzato per i seguenti Servizi/Costi

(barrare quelli che ricorrono)

- a) Spese riguardanti il personale di assistenza strettamente legate alle funzioni svolte nell'ambito del progetto
- b) Presidi sanitari afferenti il sostegno del disabile, di nuova fabbricazione, per la parte non coperta da altri contributi pubblici
- c) Spese di trasporto del disabile, per cure o accertamenti medici documentati (intese come biglietti di viaggio aereo e/o ferroviari, e/o noleggio di automezzi, rimborso chilometrico o nel caso di utilizzo del mezzo proprio le relative schede carburante), per lui stesso e per i suoi accompagnatori, che possono essere appartenenti al nucleo familiare e/o operatori partecipanti al progetto
- d) Spese di vitto, in caso di viaggio fuori l'ambito di residenza, per il disabile e per i suoi accompagnatori, che possono essere appartenenti al nucleo familiare e/o operatori partecipanti al progetto
- e) Spese di gestione del progetto nella misura massima del 3% del contributo

e che non sono coperti da Servizi di assistenza domiciliare o da altre forme di finanziamento/contributo.

In fede

_____ li _____

Allega:

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