



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 1
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "F"

Al Signor Sindaco del Comune di

DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRECTA AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO _____
(L. 104/92 - L. 162/98 - L. R. 18/1996)

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale n. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

in qualità di:

persona disabile in situazione di particolare gravità

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela per il sig./sig.ra _____

persona disabile in situazione di particolare gravità nato/a il _____

a _____ residente in _____ via _____

tel _____

CHIEDE il contributo per il servizio di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità fornito da:

- genitore/familiare convivente *

- genitore/familiare non convivente *

- operatore esterno *



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 2
Ancona	Data: 23/03/2011	

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Dichiara che la persona disabile in situazione di particolare gravità:

- sta adempiendo all'obbligo scolastico o all'obbligo formativo [∞];
- pur essendo nell'età dell'obbligo, non frequenta la scuola in conseguenza della gravità della patologia [∞]
- è inserito in un centro socio-educativo diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA che ne prevede l'inserimento per un orario settimanale di ore _____ come previsto dal progetto UMEA
- convive con un genitore o, nel caso di sua scomparsa, con un fratello o una sorella, il quale usufruisce del congedo di cui all'articolo 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (ex Legge 53/2000 sui congedi parentali – massimo due anni di congedo dal lavoro regolarmente retribuito) [∞];
- vive stabilmente in casa [∞]

Dichiara inoltre che la persona in situazione di particolare gravità

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"[∞]
- non beneficia del contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)^{∞∞}
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore dei malati di Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)

Il richiedente

* barrare la voce o le voci che interessano

[∞]barrare la voce che interessa

Data _____

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

La firma del richiedente viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione.

Qualora il richiedente non sia in grado di firmare per impedimento fisico l'addetto alla ricezione ne prende atto e lo specifica nella presente istanza.

L' Addetto alla ricezione

Ass. Soc. _____

ovvero altro referente dell'Ente locale