

ALLEGATO "F"

Al Signor Sindaco del Comune di

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE
INDIRETTA 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 *

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 Riabilitativo 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 _____ .
- convive con un familiare che usufruisce di congedo parentale, ottenuto ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.
- 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 delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)[∞]
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore delle persone affette da 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