

Oggetto: Interventi in favore di persone con disabilità gravissima –
DGR G.11355/14.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ CAP _____
via _____ N. _____ Tel. _____
in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore di:

CHIEDE

L'ammissione all'erogazione "dell'assegno di cura" previsto dalla legge in oggetto che potrà essere erogato:

- In forma diretta: l'utente è libero di scegliere i propri assistenti familiari, anche avvalendosi del supporto di organizzazioni di sua fiducia; è tenuto a regolarizzare il rapporto mediante un contratto di lavoro nel rispetto della normativa vigente. Resta a carico dell'utente ogni onere assicurativo e previdenziale riguardante gli operatori impegnati nelle attività assistenziali. A tale scopo l'utente dovrà stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore degli operatori impiegati nel servizio;
- In forma indiretta: mediante la stesura di piani personalizzati e conseguente attivazione del servizio di assistenza domiciliare ;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci , e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

1. Che nella composizione del nucleo familiare risultante da certificato di stato di famiglia e di residenza, oltre al disabile:

- è presente un convivente con accertata patologia invalidante (almeno al 75%);
- che **non** è **presente** un convivente con accertata patologia invalidante (almeno al 75%);

- che il proprio reddito ISEE relativo all'anno 2015 è di Euro _____
 - che la propria collocazione abitativa rispetto ai servizi è:
 - centrale
 - periferica
2. di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in forma diretta, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando l'AIPES da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
3. di autorizzare ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento, che saranno trattati anche con strumenti informatici.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della l. 104/92
2. Verbale di invalidità civile pari al 100% con accompagnamento;
3. Certificazione del centro medico di riferimento che descriva il quadro clinico del paziente;
4. Certificazione di utilizzo di Assistenza Sanitaria Domiciliare ad alta intensità;
5. modello isee socio sanitario (redditi anno 2015);
6. autocertificazione dello stato di famiglia e di residenza

_____,
(luogo e data)

FIRMA
