

**AI DIRETTORE della Società della Salute
Zona Socio Sanitaria ALTA VAL D'ELSA
Poggibonsi**

Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo per le gravissime disabilità – Fondo Nazionale per la
Non Autosufficienza
(Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 342 del 18/04/2016)

Dati del soggetto dichiarante

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Comune o stato estero di nascita	
Codice Fiscale	
Residenza	DAL
Titolo *	
Numero di telefono o e-mail	

* Scegliere tra le seguenti opzioni : **a) interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale
c) legale rappresentante**

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	DAL

CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione delle misure economiche stanziate con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA CHE

A. l'assistito, in quanto soggetto di età **inferiore a 65 anni** è riconosciuto soggetto con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. n. 104/1992;

B. l'assistito, in quanto soggetto di età **inferiore a 65 anni / superiore a 65 anni** è riconosciuto soggetto in stato vegetativo;

C. la Relazione Sociale è già stata richiesta, pertanto in corso di redazione e verrà in seguito presentata direttamente dall'Assistente Sociale alla UVM

D. il valore dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E. per le prestazioni agevolate di natura socio sanitaria non è superiore a € . 60.000,00= (allegare Attestazione ISEE o indicare numero protocollo DSU);

E. individuerà in piena e assoluta autonomia l'assistente personale con il quale contrarre un rapporto di lavoro regolare;

F. il Dichiarante è a conoscenza che:

**Al DIRETTORE della Società della Salute
Zona Socio Sanitaria ALTA VAL D'ELSA
Poggibonsi**

F1 la presente istanza non produrrà automaticamente l'accesso alle misure a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità poiché tale esito è subordinato alla valutazione del quadro sanitario, socio familiare ed economico dell'assistito da parte dei competenti organi;

F2 per data di presentazione della domanda si intende quella completa di tutti i documenti essenziali per la successiva valutazione UVM e che l'eventuale contributo non è in alcun modo retroattivo ed avrà decorrenza dal mese successivo a quello del provvedimento di ammissione al beneficio medesimo ed in adempimento di quanto previsto dal seguente punto G3 in merito all'assistente/i personale/i;

F3 l'erogazione del contributo è subordinata all'assunzione dell'assistente/i personale/i, dietro presentazione del relativo contratto di lavoro.

G. Il Dichiarante si impegna a rendicontare tutte le spese di assistenza sostenute, comunicando tempestivamente eventuali variazioni socio familiare e economiche e contrattuali suscettibili di determinare la decadenza dal diritto alle misure stanziare con la Deliberazione Giunta Regionale Toscana n. 342 del 18/04/2016.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 autorizza, altresì, il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione .

Firma leggibile: _____	Data : _____
------------------------	--------------

Si allega:

- Certificato riconoscimento Handicap in situazione di Gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92
- Certificazione attestante lo stato vegetativo
- Richiesta della relazione Sociale
- Copia ISEE
- Dichiarazione di individuazione in piena e assoluta autonomia l'assistente personale con il quale contrarre un rapporto di lavoro regolare.

Data _____

Firma
