

Al Sig. Sindaco
del Comune di _____

Oggetto: Richiesta servizi ed interventi da attivare con il fondo regionale per la “non autosufficienza” di cui alla L.R. 20/2006.

Il / La sottoscritt _____, nat ___ a _____,
il _____, residente in _____, via _____,
tel _____, in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore
di _____, ai sensi della L.R. 20/2006, secondo i criteri e le
modalità previste dalla D.G.R.31 luglio 2007, n.601

CHIEDE

di poter beneficiare del seguente intervento:

- specifici interventi di assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l’orario di lavoro ed anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l’organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative ;
- interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
- programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professione dell’ operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;

interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole che in caso di dichiarazione mendace si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia, oltre che decadere dai benefici eventualmente conseguiti,

DICHIARA

- di trovarsi nella condizione di non autosufficienza, anche in maniera temporanea, e di non poter provvedere alla cura della propria persona, né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto di altri;
- di essere / non essere titolare di assegno di accompagnamento*;
- di essere / non essere in dimissioni ospedaliere protette*;
- di essere / non essere in possesso di certificazione comprovante il requisito di cui all'art. 3 comma 3 della L.104/92*;
- di fruire / non fruire di analoghi interventi a titolo gratuito finanziati da specifiche Leggi *;
- di non fruire di altra prestazione socio-sanitaria ovvero di fruire delle seguenti prestazioni socio-sanitarie*:
 - Assistenza domiciliare comunale
 - Assistenza domiciliare del CAD - ASL
 - Altro: _____
- di avere - non avere già presentato domanda per gli interventi relativi alla L.R. 20/2006 per la non autosufficienza nelle precedenti annualità*;
- di trovarsi nella medesima condizione di non autosufficienza rispetto alla precedente valutazione ovvero che la propria condizione di non autosufficienza si è aggravata (in tal caso allegare certificato medico da cui risulti l'aggravamento)*;
- di accettare il piano di intervento personalizzato che verrà predisposto ai sensi dell'art. 6 della L.R. 20/2006, compatibilmente con le risorse disponibili;
- di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in forma indiretta a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali, mediante contratto di lavoro, nel rispetto degli obblighi previdenziali e assicurativi previsti dalla normativa vigente;

- di essere a conoscenza che il contributo economico eventualmente riconosciuto per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione o a favorire l'autonomia potrà essere corrisposto in unica soluzione per spese preventivamente autorizzate;
- che il proprio reddito ISEE per l'anno** _____ è pari ad € _____ .

* Cancellare obbligatoriamente l'ipotesi che non interessa

** Il reddito ISEE deve essere quello dell'anno precedente la presentazione della domanda

Data _____

Firma

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data _____

Firma

Si allega ¹:

- a) Attestazione ISEE ordinario o socio-sanitario;
- b) Fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto non autosufficiente e del dichiarante se diverso;
- c) Certificazione medica da cui risulti la condizione di non autosufficienza e l'eventuale aggravamento;
- d) Copia del Verbale di accertamento dell'handicap rilasciato dalla Commissione medica della ASL;
- e) Certificazione L.104/92;
- f) Certificazione comprovante le dimissioni ospedaliere protette;
- g) Altro _____

¹ Devono essere obbligatoriamente allegati pena l'esclusione della domanda la certificazione ISEE e la copia del documento, nonché almeno uno dei certificati previsti ai punti c), d) e) f).