

Richiesta per progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Al Comune di Pantelleria

IV Settore Servizi Sociali

Da presentare entro il 04 marzo 2016

__ l __ sottoscritt _____ nat__ a _____ il _____ e residente in Pantelleria in via/piazza _____ n. _____, tel. _____
--

DICHIARA

- che nel proprio nucleo familiare come appreso riportato è presente e convivente per vincolo di parentela __ l __ sig. _____, anziano/disabile gravissimo nelle seguenti condizioni:

- Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato a letto e/o in carrozzina;
- Paziente con demenza terminale che richiede assistenza totale perchè completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
- Paziente in stato vegetativo o coma o "locked in syndrome";
- Paziente affetto da malattia neuromuscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
- Pazienti con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;
- Pazienti affetti da malattia organica cronica, irreversibile associati a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.

- che il proprio nucleo familiare nella totalità dei suoi componenti ai sensi delle disposizioni riportate dal decreto legislativo n.109/98 e regolamenti aggiuntivi, con particolare riferimento ai componenti la famiglia anagrafica ed ai soggetti a carico IRPEF come disposto dall'art.1, D.P.C.M. 04/04/2001 n. 242, ha una condizione economica valutata con I.S.E.E. **anno 2015** pari ad € _____.

Con impegno a garantire, in alternativa al ricovero presso strutture residenziali, la continuità dell'assistenza all'interno della famiglia anche in attuazione del programma personalizzato definito dall'A. C. e dal servizio sanitario (U.V.G./U.V.D.) nel rispetto delle direttive fissate dal D.P.R.S. del 07/07/2005 e dalla circolare n. 1 del 9 Marzo 2011 trasmessa dall'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del lavoro.

C H I E D E

che venga attuato un progetto personalizzato di assistenza domiciliare rispondente ai bisogni del P.A.I. redatto dall'U.V.M.

Si comunica che il dr. _____ del servizio di medicina generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale è incaricato delle prestazioni di cura e di assistenza.

n.	Cognome e nome	Rapporto familiare	Data di nascita	Luogo di nascita	Convivente SI/NO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Allega alla presente istanza:

1. copia certificato di invalidità ai sensi della legge 104/92 punto 3 comma 3 che accerti la disabilità gravissima;
2. certificato rilasciato dal medico di medicina generale attestante la condizione di disabilità gravissima corredata da copia dell'istanza di riconoscimento della stessa ai sensi della legge 104/92.3 punto 3 comma 3 **(in caso di gravità recente)**
3. indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) **anno 2015** rilasciato da organismo abilitato
4. fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
5. qualsiasi altro documento di natura medica attestante la gravità della patologia.

Il sottoscritto dichiara di essere familiare convivente del sig. _____, anziano/disabile gravissimo e di essere legato allo stesso da rapporti di parentela;

che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del progetto e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia.

Altresì, ai sensi della Legge n. 675/96 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Pantelleria li _____

(firma)
