



DISTRETTO RM5.4
UFFICIO DI PIANO

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE “INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITA' GRAVISSIME art. 3 AI SENSI DEL D.M. 26/09/2016.**

Il sottoscritto Cognome e Nome _____ nato a _____
_____ (Prov. _____) il ____/____/_____
residente nel Comune di _____
in via/piazza _____
n. _____ codice fiscale _____
telefono _____ E-mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per interventi in favore di persone con disabilità gravissime di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della revoca del contributo in caso di dichiarazioni false ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

SITUAZIONE FAMILIARE (con riguardo alla composizione del nucleo familiare)

1. Persona che vive sola o convivente con altra persona impossibilitata ad assistere;
2. Difficoltà logistiche da parte dei familiari conviventi (es. impegno in attività lavorativa) che complicano e ostacolano l'attività di cura, o difficoltà oggettive legate all'eccessivo carico familiare (presenza di molti minori, o altro familiare con disabilità o bisognoso di cure, o fisicamente troppo deboli per assistere compiutamente), nel gestire la situazione (necessità di assistenza/sorveglianza continua);
3. Presenza di familiari conviventi, non in grado di assolvere a tutte le esigenze per impedimenti oggettivi.

SITUAZIONE REDDITUALE

1. ISEE fino ad € 5.000,00
2. ISEE da € 5.001,00 ad € 10.000,00
3. ISEE da € 10.001,00 ad € 14.000,00
4. ISEE > ad € 14.000,01

Si allega alla presente, pena l'esclusione della domanda:

- copia del documento di identità o, per i cittadini non comunitari, o apolidi, il permesso o la carta di soggiorno in corso di validità;
- copia integrale della dichiarazione e della attestazione ISEE ai sensi del DPCM n. 159/2013;
- Certificazione sanitaria attestante la propria patologia;
- Scheda non autosufficienza regolarmente sottoscritta dal medico di base o medico specialista.
- certificato di invalidità civile
- certificato riconoscimento a L.104/94 art. 3 c 3;

**VERRANNO ESCLUSE LE DOMANDE ARRIVATE FUORI TERMINE O NON CORREDATE
DALLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici per la presente prestazione e per dati statistici ai sensi della L. 196/2003.

• QUALORA LA PRESENTE RICHIESTA DI CONTRIBUTO VENGA ACCOLTA , IL COMUNE DI OLEVANO ROMANO IN QUALITA' DI CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIALE RM5.4 PROVVEDA A LIQUIDARNE L'IMPORTO MEDIANTE BONIFICO SUL CONTO CORRENTE IDENTIFICATO DALLE SEGUENTI COORDINATE :

ISTITUTO _____ AGENZIA _____

CODICE IBAN (27 CARATTERI) _____

- **INTESTATO ALLA PERSONA AFFETTA DA GRAVE PATOLOGIA**
- COINTESTATO ALLA PERSONA AFFETTA DA SLA COMUNICANDO DI SEGUITO I DATI RELATIVI AL COINTESTATARIO

COGNOME E NOME DEL COINTESTATARIO

CODICE FISCALE COINTESTATARIO

OVVERO DELEGANDO A RISCOUTERE PER MIO CONTO (e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità in merito) IL CONTRIBUTO CHE MISPETTA IN QUANTO TITOLARE , IL SIG./SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO A/O _____ PR. _____

IL ____/____/____ E RESIDENTE IN _____

VIA _____ N° _____

CODICE FISCALE _____ TEL. _____

CELL. _____ MAIL _____

Data _____

FIRMA

DR. _____

Medico Chirurgo

via/piazza _____

comune _____

Tel _____

CERTIFICAZIONE MEDICA

In riferimento alla dichiarazione/domanda presentata dal Sig. per i benefici economici per pazienti affetti da disabilità gravissima

SI ATTESTA CHE

il Sig./ra _____

nato/a il gg.mm.aa. _____

residente a _____

E' affetto/a da patologia / handicap di seguito esplicitata che ne limita l'autosufficienza con conseguente necessità di assistenza, continua da parte di familiari o personale addetto all'assistenza.

Sulla base della documentazione clinica presentata si dichiara che il signor :

è affetto da :

Data

dott. _____

(Timbro e firma)

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a - dei familiari

1 Nominativo del richiedente
