

Al Distretto socio-sanitario n. \_\_\_\_\_

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_ (di seguito chiamato richiedente)

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Sesso F  M 

Medico curante \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

In qualità di:

- rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore, procuratore, ecc.)  
\_\_\_\_\_
- persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_ per conto del richiedente

**CHIEDE**

l'accesso alla misura economica Grave disabilità di cui alla DGR 695 del 14/7/2023 dell'importo di 350,00 Euro mensili

**A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS. MM.****DICHIARA CHE**

- è cittadino italiano o U.E.

*oppure*

- è cittadino extraUE titolare di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, di cui all'art.41 del D.Lgs 286/1998 (**allegare copia del permesso di soggiorno**);
- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento

*oppure*

- è portatore di handicap grave con riconoscimento di invalidità al 100% e di indennità di accompagnamento;

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE socio sanitario (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) fino a € 14.000,00 come da allegata certificazione;
- l'assistenza verrà erogata tramite:  assistente familiare (badante) regolarmente assunta  
 acquisito di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore

**IL RICHIEDENTE E' CONSAPEVOLE CHE:**

- l'erogazione del contributo è soggetta all'obbligo di rendicontazione delle spese sostenute per l'assistenza.

**Allega alla presente:**

- copia del verbale di accertamento di invalidità civile (anziani)
- copia del verbale di handicap e del verbale di accertamento di invalidità civile (disabili)
- copia della certificazione rilasciata da strutture ospedaliere, istituti scientifici o ASL (nel caso di disabili considerati gravi ex lege (persone down e malattie rare))
- certificazione ISEE
- copia del permesso di soggiorno CE *nel caso di cittadino extracomunitario*

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss. mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.**

**Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.**

**Il/La sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente non versate per la fornitura di cui sopra.**

**Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.**

**IL DICHIARANTE**\_\_\_\_\_  
(data)\_\_\_\_\_  
(firma)

*allegare fotocopia del documento di identità non scaduto*