

SPETT.LE AIPES
Via G. D'Annunzio n. 17
03039 SORA (Fr)

Oggetto: Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3 - Interventi in favore dei soggetti con handicap grave.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente a _____ CAP _____

via _____ N. _____ Tel. _____

in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore di:

CHIEDE

L'ammissione al beneficio previsto dalla legge in oggetto sottoforma del seguente intervento:

- Sostegno familiare ed alla persona attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;**
- Aiuto alla persona gestito in forma indiretta, mediante un piano personalizzato, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;**
- Rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi preventivamente concordati.**

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

1. di essere portatore di handicap in situazione di particolare gravi come individuato dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, certificato ed accertato dalle Commissioni mediche di cui all'art. 4 della medesima legge, ovvero di essere tutore di soggetto nelle condizioni di (almeno due delle funzioni sotto indicate):

- Deficit intellettivo grave, che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
- Totale non autosufficienza alla deambulazione;
- Totale non autosufficienza al controllo sfinterico;

Se maggiore di dieci anni:

- Impossibilità all'assunzione del cibo in modo autonomo;
- Impossibilità al lavarsi in modo autonomo;
- Impossibilità al vestirsi in modo autonomo.

2. Che nella composizione del nucleo familiare risultante da certificato di stato di famiglia e di residenza, oltre al disabile:

- è presente** un convivente con accertata patologia invalidante (almeno al 75%);
- non è presente** un convivente con accertata patologia invalidante (almeno al 75%);

3. che il proprio reddito ISEE relativo all'anno 2016 è di Euro _____

4. che la propria collocazione abitativa rispetto ai servizi è:

- centrale
- periferica

5. 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 della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando l'AIPES da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;

6. di autorizzare ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento, che saranno trattati anche con strumenti informatici.

_____,
(luogo e data)

FIRMA

ALLEGATI OBBLIGATORI

- a) Copia della certificazione rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della legge n. 104/92;
- b) Verbale di invalidità con diagnosi funzionale;
- c) Certificato di stato di famiglia del nucleo familiare;
- d) Certificato di residenza del nucleo familiare;
- e) Verbale di invalidità dell'eventuale convivente con accertata patologia (almeno 75%);
- f) Certificazione ISEE redditi 2016 rilasciata da soggetto abilitato;
- g) Fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.