



Allegato 1

Al Comune di Viterbo
Capofila del Distretto
socio sanitario VT3
c/o Settore V
via del Ginnasio, 1
01100 Viterbo

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ (_____) CAP _____ Via _____
tel _____ email _____
domicilio (se diverso dalla residenza) _____

in qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con Decreto n. _____ del _____

per conto del sig./sig.ra (Nome e Cognome) _____ nato/a a
_____ il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (_____) CAP _____ via _____
tel _____ email _____

CHIEDE

- PER SE
- PER CONTO DEL BENEFICIARIO

Di accedere ad uno dei seguenti interventi della durata di 12 mesi:

- MISURA 1 buono sociale mensile di € 300,00 per care giver familiare;

- MISURA 2 buono sociale mensile di € 400,00 per:
 - ◇ assistente alla persona assunta o da assumere al momento della prestazione dell'istanza;
 - ◇ acquisto di prestazioni di assistente da una compagine sociale accreditata.

- MISURA 3 buono sociale mensile di € 150,00 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità € 150,00.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civile a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contententi dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che la situazione del beneficiario è compatibile con i criteri distrettuali approvati dal comitato istituzionale dei sindaci del Distretto sociosanitario VT3;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- che l'intervento richiesto non è finanziato da altre provvidenze economiche

SI IMPEGNA

- a dare comunicazione in caso di ricoveri futuri consapevole che, in caso di ricovero permanente, l'erogazione dei benefici verrà revocata;
- a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese;
- a concordare con l'assistente sociale del Comune di residenza la visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria.

Accetta che le assistenti sociali, comunali e della ASL, oltre ad effettuare l'istruttoria, verifichino la realizzazione dell'intervento assistenziale in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso dell'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'incongruenza tra l'intervento richiesto/accettato e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto.

In relazione alla misura di sostegno richiesta presenta, unitamente all'istanza i seguenti documenti:

ALLEGATI OBBLIGATORI PER TUTTE LE MISURE:

- copia del documento di identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità del decreto di nomina del Tribunale.
- copia del documento di identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento
- verbale di riconoscimento art. 3 comma 3 della Legge 104/92
- verbale di invalidità
- verbale di riconoscimento accompagnamento;
- attestazione ISEE del nucleo ridotto della persona disabile in corso di validità;
- indicazione IBAN per erogazione del contributo.

Luogo e data

firma del Richiedente