



**ISTANZA DI INTERVENTO SOCIO SANITARIO**

**PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

(L.R. 4 giugno 2008 n. 9)

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO \_\_\_\_\_



...l..... sottoscritt.....

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale .....

Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di: ☐ Diretto interessato ☐ Genitore ☐ Parente o Affine ☐ Curatore ☐ Tutore

☐ Amministratore di sostegno ☐ Altro \_\_\_\_\_

di (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale .....

☐ ANZIANO (> 65 ANNI)

☐ DISABILE ADULTO (18 – 65 ANNI)

☐ DISABILE MINORE (< 18 ANNI)

**CHIEDE**

☐ Di poter accedere ai servizi/interventi previsti per la **Non Autosufficienza** ( Legge Regionale 4 Giugno 2008 n. 9 )

☐ Che \_\_\_\_\_ possa accedere ai benefici previsti per la **Non Autosufficienza**

( Legge Regionale 4 Giugno 2008 n. 9 )

Sede legale provvisoria Viale Donato Bramante 37 – 05100 Terni

Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

Sede Distretto Sanitario Foligno- Viale Ancona n.10/A - 06034 Foligno - Tel. 0742/339294 339587- Fax 0742/339552

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2

A Tal fine **DICHIARA** (ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445) che \_\_\_\_\_

- ☐ Ha il riconoscimento di invalidità al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento
- ☐ Ha in corso la domanda per il riconoscimento di invalidità civile      ☐ Ha attivato le procedure per l'indennità di accompagnamento
- ☐ Ha il riconoscimento di handicap ai sensi della legge 104/92      ☐ Ha il riconoscimento di handicap grave ai sensi della legge 104/92
- ☐ E' titolare di indennità di frequenza      ☐ Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- ☐ Che tra i componenti lo stato di famiglia del nucleo sono presenti **altre persone non autosufficienti** con invalidità civile almeno al 100% e/o con riconoscimento di handicap grave ai sensi della Legge 104/92, art. 3

-) \_\_\_\_\_

-) \_\_\_\_\_

- ☐ Che il **nucleo familiare** del destinatario degli interventi/prestazioni è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE	CONVIVENTE SI / NO

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:**

- ☐ Attestato ISEE del destinatario del beneficio
- ☐ Attestato di ogni altra disponibilità economica del destinatario del beneficio \* \_\_\_\_\_
- ☐ Certificazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta attestante lo stato di salute del destinatario del beneficio.

- 
- *Si intende per disponibilità economica : Pensione di I.C. - Indennità di Accompagnamento - Indennità di frequenza - Assegno di guerra - Pensione di reversibilità - Rendita INAIL - Contributo economico comunale - Altri emolumenti*

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2

**IL SOTTOSCRITTO:**

- ) si rende disponibile ad integrare la documentazione richiesta di ulteriori informazioni e documenti che possano essere utili ai fini della valutazione della situazione
- ) si impegna, in caso di autocertificazione relativa ai punti sopracitati, a presentare la relativa documentazione prima dell'eventuale stipula del Patto per la Cura ed il Benessere
- ) dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa sulla tutela della privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente a fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
**Spazio riservato al PUNTO DI ACCESSO ASL / Comune**

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione

Timbro datario