

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

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO



(Cognome) _____ (Nome) _____ Sesso M ☐ F ☐

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia di _____ Via _____

[illegible]

Codice Fiscale

Telefono

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

☐ Amministratore di sostegno ☐ Altrodi (Cognome) _____ (Nome) _____ Sesso M ☐ F ☐

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Provincia di _____ Via _____

[illegible]

Codice Fiscale

☐ ANZIANO (> 65 ANNI)☐ DISABILE ADULTO (18 – 65 ANNI)☐ DISABILE MINORE (< 18 ANNI)☐ 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)

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