

Richiesta Assegno di cura in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione, P.L.N.A. 2017, approvato con Determina Dirigenziale n. 1477/2018.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ prov. _____ Via/Piazza _____
n° _____ tel. _____ fax _____
email _____
Codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

- B.1.1.** il beneficio dell'Assegno per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica
 B.1.2. il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione=

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. _____ via/piazza _____
n° _____ tel. _____
email _____

in qualità di:

- familiare;
 tutore;
 amministratore di sostegno;
 altro (specificare)

CHIEDE

- B.1.1.** il beneficio dell'Assegno per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica
 B.1.2. il beneficio dell'Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima incluse le persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione=

a favore di: Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
residente a _____ Prov. _____ Via/Piazza _____
n° _____ tel. _____ email _____
Codice fiscale _____
Medico di Medicina Generale: _____

A tal fine **dichiara** di essere:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente d'Ambito Distrettuale Sociale.

Dichiara, inoltre, di aver già usufruito dell'Assegno:

1. per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (barrare) SI NO
2. per persone in situazione di Disabilità Gravissima, di cui al P.L.N.A. annualità 2016 (barrare) SI NO

Si allega alla presente domanda (barrare):

- certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica;
 - certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer;
 - certificato di Invalidità Civile, in corso di validità,
 - certificato Legge 104/92, in corso di validità,
 - fotocopia documento identità in corso di validità del diretto interessato,
 - altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione _____
- _____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____

Comune _____ Prov _____ CAP _____

Tel _____ email _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al Piano Locale per la Non Autosufficienza – P.L.N.A. 2017.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____