



CONSORZIO SOCIALE PAVESE

CARBONARA AL TICINO, CAVA MANARA, MEZZANA RABATTONI, PAVIA, SAN GENESIO ED UNITI, SAN MARTINO SICCOMARIO, SOMMO, TORRE D'ISOLA, TRAVACÒ SICCOMARIO, VILLANOVA D'ARDENGI, ZERBOLÒ, ZINASCO.

Modulo A

DOMANDA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI PER PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. N. 790/2013 (MISURA B2) FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2013

La/il sottoscritta/o (cognome) _____ (nome) _____
nata/o a _____ Prov _____ il _____
Residente a _____ prov _____ cap _____
via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ codice fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato
- familiare di _____
- Tutore di _____
- Curatore di _____
- Amministratore di Sostegno di _____

CHIEDE

Di accedere agli interventi per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti in applicazione della d.g.r. n. 790/2013 (misura b2) fondo per la non autosufficienza 2013

- Buono sociale mensile per care giver familiare
- Buono sociale mensile per acquisto prestazioni da assistente personale
- Potenziamento SAD
- Voucher sociale
- Contributi sociali per periodi di sollievo
- Buono sociale per sostegno progetti di vita indipendente

in favore di:

cognome/nome _____
nata/o a _____ il _____
Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____
e-mail _____ codice fiscale _____

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

D I C H I A R A

Che la persona destinataria dell'intervento:

- è residente nel Comune di _____;
- ha un ISEE pari a € _____
- che la persona destinataria dell'intervento è affetta da una delle seguenti patologie:

- SLA
- Malattie motoneurone
- Sindrome Locked-in
- Corea di Huntington
- Distrofia e miopatia
- Sclerosi Multipla
- Altro _____

- di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

- è stata dichiarata, in seguito a visita multidimensionale ASL/Piano di Zona, affetta da deficit qualificato come medio/grave

A L L E G A

- Copia verbale invalidità;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare di appartenenza in corso di validità;
- Copia documento d'identità e Codice Fiscale del beneficiario;
- Copia documento d'identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni del Distretto di Pavia.
- Altro (specificare) _____

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del D.lgs 196/2003 sono informato circa il trattamento dei miei dati personali ed in particolare che:

- La finalità del trattamento è la valutazione per l'erogazione degli interventi per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti in applicazione della d.g.r. n. 790/2013 (misura b2) fondo per la non autosufficienza 2013 - e per le procedure amministrative inerenti l'espletamento della pratica.
- I dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici.
- Il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra.
- Potranno essere esercitati i diritti di accesso ai dati di cui all'Art. 7 del D. lgs. 196/2003.

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSISTENTE SOCIALE

Domanda compilata in data _____

Assistente Sociale di Riferimento: _____

A seguito di somministrazione della scheda TRIAGE si valuta di :

- richiedere VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
- NON richiedere VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

E' stato fissato appuntamento per

- Visita domiciliare in data _____
- Compilazione PAI in data _____

Sede _____, li _____

Firma dell'Assistente Sociale di Riferimento

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DI PIANO

Domanda pervenuta in data _____

N. prot. _____

Inviata richiesta VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE in data _____ Prot. N. _____