

Distretto Socio Sanitario n.31

Al Signor Sindaco del Comune di _____

OGGETTO: Richiesta interventi complementari all'assistenza domiciliare mediante ricoveri temporanei in strutture socio-sanitarie o sociali.

Il/la sottoscritto/a.....
nat... a..... il....., e residente in.....
....., Via/c.da....., n°.....,
C.F. tel.....,

CHIEDE

Il ricovero per il proprio familiare _____
presso la struttura _____
dal _____ **al** _____.

A tal fine, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali, previste dall'art 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del citato D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

Che la persona per cui viene chiesto il ricovero, residente nel Comune di _____, usufruisce dell'assistenza domiciliare e si trova nel seguente stato:

- anziano con invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
- disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92;

Dichiara, inoltre, che il proprio nucleo familiare è così composto: _____

Allega alla presente istanza la seguente documentazione:

- Verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento per gli anziani;
- Certificato di gravità ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/92 per i disabili gravi;
- Attestazione I.S.E.E. , in corso di validità , relativa ai redditi del nucleo familiare, comprensiva di dichiarazione sostitutiva unica, non superiore a € 25.000,00;
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del codice fiscale.

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art.23 del Decreto Legislativo 196/2003, il Comune di _____, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa all'ammissione al contributo.

_____ li _____

(Firma)
