

**DOMANDA DI ACCESSO PER L'EROGAZIONE DEL VOUCHER DI CURA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

il \_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_,

(eventualmente)

in qualità di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere agli interventi di assistenza indiretta previsti dall'Avviso Pubblico emanato ai sensi dell'art. 4, comma A, del Regolamento, del Distretto Nord, per la concessione di voucher economici a favore di famiglie che curano nel proprio domicilio persone in condizione di disabilità gravissima certificata, in alternativa a ricoveri presso strutture residenziali.

**DICHIARA che la persona da assistere:**

- è in situazione di handicap (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20)
- è residente nel territorio di competenza del distretto Socio-Sanitario Nord Comune capofila Caulonia;
- non supera i 65 anni;
- è in condizione di disabilità gravissima in dipendenza vitale, che necessita a domicilio di assistenza continua, 24 ore, con gravi patologie cronico degenerative non reversibili (ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, gravissime disabilità psichiche multipatologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi .
- accetta tutte le condizioni stabilite nel regolamento e nell'avviso pubblico.

**E' in una delle seguente condizioni di disabilità:**

- Allettato in dipendenza vitale da ausili medici;
- Allettato
- Carrozzato
- Pluriminorato

**Allega alla presente domanda:**

1. Certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL competente attestante lo status di Portatore di Handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 legge 5 febbraio del 1992 n.104 – Legge 3 agosto 2009 n.102 art. 20);

2. Copia del documento di riconoscimento in corso di validità (se minorenni copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'esercente la patria potestà);
3. Certificazione medica attestante la disabilità gravissima, con condizione di dipendenza vitale da macchine e/o persone con necessità di assistenza continua con gravi patologie cronico degenerative, certificata da struttura sanitaria pubblica o medico di famiglia;
4. Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità (qualora si tratti di persona straniera);
5. Copia del provvedimento di nomina del tutore;
6. Attestazione ISEE valido del nucleo familiare relativo alle prestazioni socio-sanitarie.

*Si ricorda che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

*Firma del beneficiario o del familiare*

**SI IMPEGNA A:**

*comunicare per iscritto agli Uffici competenti ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda.*

*(Cognome e nome)* \_\_\_\_\_

**autorizza** il Servizio Competente al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, anche con altri enti/organizzazioni attuatori del servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

*(Data)* \_\_\_\_\_

*(Firma)*

\_\_\_\_\_