

.....

DOMANDA DI AMMISSIONE  
AI PIANI PERSONALIZZATI DISABILI GRAVISSIMI  
ANNO 2016

(DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TUTELA LEGALE – CURATELA – AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di :

- genitori (entrambi richiedenti) o chi esercita la potestà
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno

CHIEDE PER IL SOGGETTO CON DISABILITÀ

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ st  
ato civile \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_  
attività lavorativa \_\_\_\_\_

l'ammissione ai "Piani Personalizzati in favore di disabili gravissimi, per gli ambiti definiti.

## DICHIARA

(ai sensi degli artt. 47, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

- di essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 Legge n.104/92;
- di essere in possesso del verbale di indennità di frequenza o di accompagnamento (per i minori con grave disabilità) o del verbale di invalidità civile (per gli adulti con disabilità sottoposti a tutela giudiziaria);
- che il reddito del nucleo familiare relativo all'anno 2014/15 è pari a €.....
- che il proprio nucleo familiare, così come di seguito dettagliato, è composto da n.\_\_\_\_\_ persone, di cui n.\_\_\_\_\_ minori e n.\_\_\_\_\_ portatori di handicap.

<b>Grado parentale</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>

- di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per l'accesso ai Piani Personalizzati in favore di disabili gravissimi e di accettarne le condizioni;
- di abitare in casa di proprietà;
- di abitare in casa in affitto
- con mutuo;
- di abitare in alloggio popolare;

- di essere inserito in strutture residenziali;
  - di essere inserito in strutture semiresidenziali;
  - di essere seguito e preso in carico dal servizio sociale
  - di fruire di servizi di assistenza da parte di Enti Pubblici (specificare quali):
- 
- 

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione riguardante le suddette dichiarazioni.

Allega alla presente:

- 1) fotocopia del verbale Legge 104/92 art. 3;
- 2) fotocopia del verbale di invalidità civile;
- 3) fotocopia del verbale di indennità di frequenza o di accompagnamento;
- 4) certificazione relativa all'indicatore della situazione economica (equivalente ISEE – indicatore ISEE socio - sanitario) ai sensi del DPCM n 159/2014 e successive modifiche e integrazioni e dichiarazione sostitutiva unica in corso di validità.
- 5) fotocopia del decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
- 7) fotocopia di un documento di identità del richiedente e della persona con disabilità;
- 8) autocertificazione del richiedente che attesti che i documenti sono conformi all'originale;
- 9) relazione clinica aggiornata al 2015/16, redatta da specialista di struttura pubblica, inerente alla patologia dalla quale si evincono i bisogni della persona con disabilità in termini clinico-riabilitativi;
- 10) accettazione dei criteri di valutazione stabiliti nell'Avviso.

La Sig.ra/il Sig. \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi del D.Lgs n°196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni ed integrazioni.

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

IL RICHIEDENTE

---