



Provincia di Sassari



Distretto Sanitario di Ozieri



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**All'Ufficio di Piano
PLUS di Ozieri
Via Vittorio Veneto n° 11
07014 OZIERI**

OGGETTO: Domanda di Accesso all'Intervento a favore di persone in condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e della DGR 21/22 del 04/06/2019

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____
il ____/____/____ C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____ @ _____

nella sua qualità di: diretto interessato rappresentante legale familiare di riferimento

CHIEDE

ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e della DGR 21/22 del 04/06/2019, di poter accedere all'erogazione del contributo per l'acquisto di servizi di cura o per la fornitura diretta di cura da parte di familiari (caregiver).

Il sottoscritto, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), dichiara ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, che:

1. Il beneficiario del progetto è (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dal beneficiario):

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

C.F. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ e mail: _____ @ _____

2. Il beneficiario del progetto è persona con disabilità gravissima, di cui art. 3 del D.M. 26 settembre 2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definita non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 e per le quali si sia verificata almeno una delle condizioni all'art. 2 dell'allegato alla DGR 21/22 del 04/06/2019 (specificare quale):

_____.

3. Il beneficiario usufruisce dei seguenti Servizi già attivati in suo favore:

Tipologia di servizio	Soggetto erogatore	n. ore settimanali fruite	Operatore coinvolto	Budget annuale

4. l' ISEE sociosanitario del nucleo familiare in cui è inserito il beneficiario ammonta a €

_____.

Luogo e data della sottoscrizione

Firma del dichiarante

Allega:

- Verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o altra certificazione di cui all'art.3 DPCM n.159 del 2013;
- Certificazione medica specialistica di struttura pubblica o privata accreditata, che dimostri una delle condizioni previste dal decreto ministeriale;
- ISEE socio sanitario 2019;
- Dichiarazione di essere o non essere beneficiari di altri interventi assistenziali regionali attivi nel 2019 finanziati dal fondo regionale per la non autosufficienza (piano personalizzato L.162/98 con punteggio, Ritornare a casa, leggi di settore rivolte a particolari categorie di cittadini e rimborso quote sociali).

_____|____ sottoscritt____ dichiara di essere informat____ ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n° 196 del 30/06/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento finalizzato all'intervento richiesto, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.