

AL PUA/DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ALCAMO

OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26.09.2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. N. 8/2017 E S.M.I. E DEL D.P.R.S. 31/08/2018 N. 589

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara di essere:
nato/a a _____ il _____
di essere residente a _____ in Via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____
in qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (*specificare il titolo*)

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilare solo in caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
n. _____ codice fiscale _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell'unità di valutazione multidimensionale dell'A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

A TAL FINE DICHIARA

1. che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'art. 3 comma 3 Legge 5 febbraio 1992 n. 104 con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza

legale;

3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificazione ISEE sociosanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, home care premium e contributi economici);
4. **DI NON AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016;
5. **DI AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26/09/2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

solo in quest'ultimo caso:

- Di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "contenente dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 1 dicembre 2019-11-20

Allega alla presente:

- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "*Contiene dati sensibili*", i seguenti documenti:

- copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3 comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza e che sia stata esitata negativa).

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali)

Il sottoscritto, informato ai sensi del Regolamento Generale Europeo 2016/679, acconsente alla elaborazione dei Dati Personali da parte della P.A. ai fini del procedimento amministrativo. Si autorizza pertanto l'Ente a trattare i dati per finalità istituzionali e statistiche secondo le disposizioni e limiti di Legge.

Alcamo, li _____ FIRMA subentrante _____