

MODELLO LETTERA "B"

| |
|--|
| Riservato all'Ufficio Prot. n. _____ del _____ |
|--|

All'Ambito Territoriale Sociale di
Agnone (IS)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*"Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti
e pazienti con disabilità severa"*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritt_____ Cognome_____ Nome_____

Nato/a_____ prov._____ il ____/____/____

Via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CHIEDE

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità,

Indicare il grado di parentela

| Cognome e Nome | Data di nascita | Codice fiscale |
|----------------|-----------------|----------------|
| | | |

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2016 "Azioni ed Interventi in favore delle persone i in condizioni di disabilità grave e gravissime", ai sensi delle delibere di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- che il minore _____, si trova in condizioni di disabilità grave art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari.
- che il suo nucleo familiare è così composto:

| N. | Cognome e Nome | Data di nascita | Codice Fiscale | Grado di parentela |
|----|----------------|-----------------|----------------|--------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

All'uopo richiede:

- Contributo economico**, nella misura massima di € 8000,00 (Iva % inclusa), per minori riconosciuti ai sensi dell'art.3, comma 3 L. 104/92, impiegati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale. L'eventuale spesa di importo maggiore a quanto consentito sarà a carico dell'assistito. Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

DICHIARA ALTRESI'

- a) a svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscritto sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO

a pena di esclusione

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;
- progetto datato e sottoscritto dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Luogo e data

Firma del richiedente
