

Al Sig. Sindaco  
del Comune di \_\_\_\_\_

**Oggetto : Richiesta servizi ed interventi da attivare con il fondo regionale per la "non autosufficienza".**

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,  
tel \_\_\_\_\_, in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore di  
\_\_\_\_\_, ai sensi della L.R. 2012006, secondo i criteri e le  
modalità previste dalla D.G.R. 26.10.2005, n.924,

**CHIEDE**

di poter beneficiare del seguente intervento:

- specifici interventi di assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali;
- servizi di sollievo alla famiglia, per affiancare i familiari che accudiscono la persona non autosufficiente ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro ed anche nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente;
- dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure, mediante l'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, programmati in base ad una valutazione complessiva dei bisogni di tali soggetti;
- assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;

- interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive;
- programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati, previa verifica del titolo professione dell' operatore prescelto in relazione alle prestazioni da erogare;
- interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole che in caso di dichiarazione mendace si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia, oltre che decadere dai benefici eventualmente conseguiti,

#### DICHIARA

- di trovarsi nella condizione di non autosufficienza, anche in maniera temporanea, e di non poter provvedere alla cura della propria persona, né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri;
- di essere/ non essere titolare di assegno di accompagnamento;
- di essere/ non essere in dimissioni ospedaliere protette;
- di essere/ non essere titolare di pensione d'invalidità civile o pensionistica privilegiata;
- di essere/ non essere in possesso di certificazione comprovante il requisito di cui all'art. 3 comma 3 della L.104/92;
- di non fruire di analoghi interventi a titolo gratuito finanziati da specifiche leggi e di non essere inserito in posizione utile nella graduatoria vigente (L. 162/98);
- di non fruire di altra prestazione socio-sanitaria ovvero di fruire delle seguenti prestazioni socio-sanitarie:
  - o Assistenza domiciliare comunale
  - o Assistenza domiciliare del CAD ASL
  - o Altro : \_\_\_\_\_
- di accettare il piano di intervento personalizzato che verrà predisposto ai sensi dell'art. 6 della L.R. 20/2006, compatibilmente con le risorse disponibili ;
- di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in forma indiretta a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali, mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza RCT, in favore degli stessi, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti per qualsiasi azione ed omissione;
- &e il proprio reddito ISEE per l'a o è pari ad €

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento.

Data \_\_\_\_\_

Firma

---

Si allega <sup>1</sup>:

- a)  Dichiarazione ISEE;
- b)  Fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità;
- c)  Certificazione medica da cui risulti la condizione di non autosufficienza;
- d)  Verbale d'invalidità civile o pensionistica privilegiata;
- e)  Certificazione comprovante il requisito previsto all'art. 3, comma 3 della L. 104/1992;
- f)  Certificazione comprovante le dimissioni ospedaliere protette.

---

<sup>1</sup> Devono essere obbligatoriamente allegati la certificazione ISEE e la copia del documento, nonché almeno uno dei certificati previsti ai punti c), d) e) f).