

Al PUA del Comune di Cerda (PA)

oppure

Al Distretto Socio Sanitario D37 di

Termini Imerese (PA)

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

Soggetto richiedente

Il/la sottoscritt _____
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:

nat __ 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 compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario).

del/la Sig./ra _____
nat __ a _____ il _____
di essere 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 DOVRA' ACCERTARE LA SUSSISTENZA DELLE CONDIZIONI DI DISABILITA' 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 5.02.1992 n. 104, e del 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 autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare 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 settembre 2016;
- DI AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato riconosciuto lo 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.

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 che sia stata esitata negativamente.

Il Sig./la Sig.ra _____ autorizza, ai sensi dell'art.13 D.Lgs.n. 196/2003 e del Regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura.

L'interessato può far valere nei confronti dell'A.C. i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR 2016/679.

IL/LA RICHIEDENTE
