

COMUNE DI _____POFI
(Distretto socio-sanitario "B" Capofila Comune di Frosinone)

AL SIG. SINDACO

OGGETTO: Legge 21/5/1998, n. 162. Progetti di intervento di aiuto personale a favore dei disabili in condizione di particolare gravità.

Il/la sottoscritt_ _____, nat_ a _____,

il _____, residente in _____, tel _____,

owero in qualità di tutore di _____

CHIEDE

l'ammissione al beneficio previsto dalla legge in oggetto, nei termini e alle condizioni stabilite con la deliberazione della Giunta Regionale 09/07/2004, n. 610:

INTERVENTO RICHIESTO:

Sostegno familiare e alla persona attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale , anche della durata di 24 ore, ivi comprese giornate festive e prefestive;

Aiuto alla persona gestito in forma indiretta, mediante un piano personalizzato, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;

Rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi preventivamente concordati.

DICHIARA

1. di essere portatore di handicap in situazione di gravità, come individuato dall'art. 3, comma3, della legge n. 104192 e accertato ai sensi dell'art.4 della medesima legge;
2. di essere a conoscenza e di accettare il piano di intervento predisposto in suo favore;
3. 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 assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
4. di essere utente del seguente servizio territoriale dell'ASL: _____

ALLEGA

- a) Modello di autocertificazione , debitamente compilato, attestante la situazione reddituale e patrimoniale del nucleo familiare, così come previsto dalla vigente normativa D. Lgs 31/3/1998, n. 109 e successive modificazioni;
- b) Certificazione, in copia, rilasciata dalla Commissione medica individuata dall'art. 4 della legge n.104192;
- c) fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

(Data)

FIRMA