



| | |
|--------------------|------------------|
| Luogo di emissione | Numero: 42/SPO |
| Ancona | Data: 13/03/2015 |

ALLEGATO "E"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**Al Presidente della
Commissione sanitaria provinciale
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR
AREA VASTA N. _____**

Via _____

Città _____

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 Legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria competente in data _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).

Dichiara di frequentare il Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno _____ per un numero di _____ ore settimanali effettive, svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA.

Allega la seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copie di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Data _____

Firma _____



| | |
|--------------------|------------------|
| Luogo di emissione | Numero: 42/SPO |
| Ancona | Data: 13/03/2015 |

ALLEGATO "E/1"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**Al Presidente della Commissione
sanitaria provinciale
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR
AREA VASTA N. _____**

Via _____

Città _____

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

CHIEDE

per:

Nome e cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 Legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria competente in data _____

che venga sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92 L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).



| | |
|--------------------|------------------|
| Luogo di emissione | Numero: 42/SPO |
| Ancona | Data: 13/03/2015 |

Dichiara che frequenta il Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno _____
per un numero di ____ore settimanali effettive, svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA.

Allega la seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Firma _____

Data _____



| | |
|--------------------|------------------|
| Luogo di emissione | Numero: 42/SPO |
| Ancona | Data: 13/03/2015 |

ALLEGATO "F"

**Al Signor Presidente
dell'Unione Montana dei Sibillini
Piazza IV Novembre 2
63087 Comunanza (AP)**

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA
AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO 2015
(L. 104/92 – L. 162/98 – L. R. 18/1996)**

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale n. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

in qualità di:

persona disabile in situazione di particolare gravità

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra
_____ nato/a il _____ a _____ residente in _____
via _____ tel _____

CHIEDE il contributo per il servizio di assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità fornito da:

- genitore/familiare convivente *
- genitore/familiare non convivente *
- operatore esterno *



| | | |
|--------------------|------------------|-----------|
| Luogo di emissione | Numero: 42/SPO | Pag. |
| Ancona | Data: 13/03/2015 | 26 |

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del D.P.R. 445/2000).

Dichiara che la persona disabile in situazione di particolare gravità:

- sta adempiendo all'obbligo scolastico o all'obbligo formativo °°;
- pur essendo nell'età dell'obbligo, non frequenta la scuola in conseguenza della gravità della patologia °°
- è inserito in un Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno di cui all'art. 13 della L.R. 18/96 o in un Centro di Riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 20/2000 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA che ne prevede l'inserimento per un orario settimanale di ore _____.
- convive con un familiare che usufruisce di congedo parentale, ottenuto ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151.
- vive stabilmente in casa °°

Nel caso di ultrasessantacinquenne dichiara

Dichiara inoltre che la persona in situazione di particolare gravità

- non beneficia del contributo regionale per il "Piano personalizzato di vita indipendente"°°
- non beneficia del contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)°°
- ha richiesto alla zona di appartenenza il contributo regionale in favore delle persone affette da Sindrome Laterale Amiotrofica (SLA)
- non beneficia dell'Assegno di cura per anziani non autosufficienti.

Il richiedente

- * barrare la voce o le voci che interessano
- °° barrare la voce che interessa

Data _____

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

La firma del richiedente viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione.

Qualora il richiedente non sia in grado di firmare per impedimento fisico l'addetto alla ricezione ne prende atto e lo specifica nella presente istanza.

L' Addetto alla ricezione

Ass. Soc. _____

ovvero altro referente dell'Ente locale