

ISTANZA PER “ Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima”

Al Comune di Trappeto

Ufficio Servizi Sociali

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ () il _____

residente a _____ ()

In via/piazza _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____

Nella qualità di _____ (specificare il rapporto di parentela) del/la

Sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da grave patologia cronico degenerativa non reversibile, ai fini dell'eventuale ammissione all'apposito finanziamento regionale, l'elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato finalizzato all'erogazione di assistenza continua H 24 a domicilio .

Allega alla presente;

- 1) Certificazione rilasciata dal medico curante che attesta la condizione di gravissima disabilità
- 2) Autocertificazione stato di famiglia e residenza
- 3) Certificazione L. 104/92 (art. 3 comma 3)
- 4) Verbale commissione medica in cui si attesta l'invalidità del 100% con indennità di accompagnamento
- 5) Certificazione sanitaria da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'ASP (SVAMA)

I sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

Trappeto _____

Firma _____