Allegato B

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| c:\users\DIREZIONE\Desktop\PROGETTI\SOGGIORNI 2009\logo_Regione_Abruzzo.jpg | Ads7 - Copia | Casalbordino – Stemmahttp://www.abruzzoinfesta.it/media/site/immagini/schede/loghi/medium/10167-comune-di-lentella.jpgFresagrandinaria – StemmaSan Salvo – StemmaTorino di Sangro – Stemmahttps://upload.wikimedia.org/wikipedia/it/5/5b/Pollutri-Stemma.pngVillalfonsina – Stemmalogo-VASTO | Logo ASL |
| C:\Users\DIREZIONE\Desktop\RIFORMA POLITICHE SOCIALI\logo_absociale.jpg |  |  | Logo Distretto |

 **Ambito Distrettuale Sociale n. 07 “Vastese”**

**ECAD Comune di Vasto**

**Azienda ASL N° 02 di**

**LANCIANO VASTO CHIETI**

**- All’Ente Capofila di Ambito Distrettuale n. 07 “Vastese ”**

**- Al Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Dell’ADS n. 07 VASTESE**

**Richiesta Assegno in favore di persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all’art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione, F.N.N.A. 2018.**

**Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In qualità di :**

* **FAMILIARE**
* **TUTORE**
* **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**
* **ALTRO (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C H I E D E**

**L’ erogazione dell’ Assegno di disabilità gravissima, di cui all’art. 3 D.M. 26/09/2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da S.L.A. e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer in tale condizione, F.N.N.A. 2018 –**

**A favore di : Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs.**

**DICHIARA di essere in possesso**

* **della certificazione di Invalidità Civile al 100% con indennità di Accompagnamento e di portatore di Handicap in situazione di gravità ( Art. 3, comma 3, L. 104/1992);**
* **della certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla);**
* **della certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer**

**DICHIARA di non usufruire dei seguenti interventi economici (barrare)**

* Assegno di Cura;
* Assegno Vita Indipendente;
* Contributo previsto dalla L.R. n. 57 del 23.11.2012.

Inoltre, nel caso in cui il beneficiario usufruisca anche del Contributo per Prestazione Prevalente del Progetto Inps Home Care Premium 2019, l’ammontare dell’Assegno di Disabilità Gravissima sarà comunicato all’Inps, ai fini della decurtazione.

**Dichiara di aver già usufruito dell’Assegno**:

1. per persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (barrare) ** SI  NO**
2. per persone in situazione di Disabilità Gravissima, di cui al P.L.N.A. annualità 2016 (barrare)

 ** SI  NO**

**Dichiara, altresì, di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni riportate nell’avviso pubblico**

**CHIEDE CHE**

Eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega alla presente domanda (barrare)**

* Documento di identità, in corso di validità, del beneficiario;
* nei casi di persona con disabilità gravissima, rappresentati da terzi : copia documento di identità in corso di validità del richiedente – Care giver, nonché copia del provvedimento emanato da parte del Giudice Tutelare o altra documentazione che legittimi il richiedente a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
* Copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento e copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992, art. 3, comma 3***, solo per i nuovi richiedenti;***
* Certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (Sla)
* Certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer
* Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione.

**Vasto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FIRMA**

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

**Tutti i dati personali di cui l’Ambito verrà in possesso, saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione dei dati personali**, **per le finalità di cui al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – F.N.N.A. 2018.**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**