



# DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 31

(Comune Capofila S. Agata Militello)

Aquedolci, Alcara li Fusi, Capo d'Orlando, Caprileone, Caronia, Castell'Umberto, Frazzanò, Galati Mamertino, Longi, Militello Rosmarino, Mirto, Naso, S.Fratello, S. Marco d'Alunzio, S.Salvatore di Fitalia, Torrenova e Tortorici

Istanza per "Progetti assistenziali per persone in condizione di disabilità gravissima"

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nella qualità di \_\_\_\_\_ (Specificare il rapporto di parentela) del

Sig \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare affetto/a da con 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 istanza:

- Copia conforme della certificazione rilasciata dall'Ufficio competente attestante il possesso della disabilità di cui all'art 3 comma 3 della legge n.104/92 dei soggetti interessati al progetto;
- Stato di famiglia del disabile o autocertificazione;
- Indicatore Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) in corso di validità ai sensi del D.L.vo 109/98 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- Fotocopia del Codice Fiscale o Tessera Sanitaria.

Il sottoscritto dichiara che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione del Bonus e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_