



Città di Pescara
Medaglia d'oro al Merito Civile
Settore Politiche per il Cittadino, Servizio Piano e
Programmazione Sociale

Comune di Pescara
Settore Politiche per il cittadino
e Programmazione Sociale

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____

In qualità di (è possibile barrare più caselle)

- Interessato
- Tutore
- Amministratore di Sostegno
- Familiare Care Giver (indicare il grado di parentela.....)
- Care giver

Del/della Sig./Sig.ra _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____
C.F. _____ Tel. _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Pubblico per gli interventi finanziati con il Fondo Nazionale per la non Autosufficienza 2019.

Indicazione del tipo di intervento richiesto (è possibile barrare più caselle):

- Assegno di Cura Disabilità Gravissima;
- Assegno di cura Disabilità Grave;
- Servizio di Educativa Domiciliare (solo per i soggetti di età inferiore ai 18 anni);
- Servizio di Assistenza Domiciliare e Assistenza Domiciliare Integrata;
- Servizio di Trasporto.



Rende, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, le seguenti dichiarazioni sostitutive:
(barrare le caselle che interessano)

- Il destinatario dell'intervento è residente nel Comune di Pescara;
- Il destinatario dell'intervento è in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3, legge n.104/1992
- Il destinatario dell'intervento è in condizione di disabilità gravissima di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26/09/2016;
- Il destinatario dell'intervento ha un'età superiore ai 18 anni;
- Il destinatario dell'intervento ha un'età inferiore ai 18 anni;
- Il destinatario dell'intervento usufruisce/ ha usufruito del seguente intervento di tipo sanitario:individuato dall'UVM di Pescara per il periodo dal..... al.....;
- Il destinatario dell'intervento è preso in carico dal Servizio di Neuropsichiatria Infantile della ASL di Pescara o da altro servizio specialistico della ASL:.....(specificare);
- Il destinatario dell'intervento è unico componente del proprio stato di famiglia;
- Il destinatario dell'intervento è inserito in un nucleo familiare con un solo care giver;
- Nel nucleo familiare convivente è presente un altro componente con disabilità (Legge n. 104/92 art. 3 c.3)
- Nel nucleo familiare convivente è presente un altro componente con invalidità civile superiore al 74% o con Legge n. 104/92 art. 3 comma 1;
- Il destinatario non usufruisce di altri interventi da parte della Pubblica Amministrazione avente medesima finalità;
- Il Modello ISEE ordinario relativo all'anno 2019 è pari ad € _____.



Consapevole che la mancata presentazione della documentazione obbligatoria ai fini dell'ammissione della domanda, determina l'esclusione della stessa, si allega alla presente:

documento di identità del beneficiario e/o del richiedente;

certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92;

certificato **ISEE ordinario relativo all'anno 2019** rilasciata ai sensi del D.P.C.M n. 159 del 05/12/2013;

certificazione attestante Invalidità civile o handicap dei componenti il nucleo familiare del beneficiario;

- nei casi di persone rappresentati da terzi, copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittima l'istante a rappresentare la persona disabile;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero.

“Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli art. 4, 5 e 7 del Regolamento UE 2016/679, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa n.5 del 16/08/2018 allegata all'Avviso pubblico relativo ai Fondi per la Non autosufficienza 2019 del Comune di Pescara”.

Data

***Firma del Richiedente il beneficio/
Legale Rappresentante***
