

Al Distretto Sanitario di _____

Al Comune di _____

Oggetto: Istanza di accesso ai benefici per i "Disabili Gravissimi".

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____, n. _____

tel. abitazione _____ tel. cellulare _____ email _____

nella qualità di: Diretto interessato Familiare Tutore

del sig. re/a _____ nato/a a _____ il _____

Vista la Legge Regionale 1 Marzo 2017, n° 4 che istituisce il Fondo regionale per la Disabilità;

Visto il D.P.R.S. del 31 Marzo 2017, n° 532 che prevede l'erogazione, a titolo di anticipazione, del trasferimento monetario diretto individuale, quale assegno di cura per le prestazioni socio-sanitarie in applicazione dell'art. 1. comma 1, della legge regionale 1 marzo 2017, n° 4;

Visto il D.P.R.S. del 10/05/2017 n° 545/GAB

Visto l'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 Settembre 2016.

CHIEDE

il riconoscimento della condizione di DISABILE GRAVISSIMO ai sensi delle norme e disposizioni legislative di cui sopra. A tal fine

SI IMPEGNA

a sottoscrivere, per l'erogazione del beneficio economico rispetto al fabbisogno annuo previsto dal D.P.R.S. del 10/05/2017 n° 545/GAB, il Patto di Cura previsto ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Allega:

- a) Copia del certificato d'Invalidità attestante la fruizione dell'Indennità di accompagnamento;
- b) Copia del Documento di riconoscimento del Disabile;
- c) Copia del documento di riconoscimento del Richiedente;
- d) Copia di certificazione del Medico Curante (MMG o PLS), attestante l'esistenza di almeno una delle condizioni cliniche previste nell'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 Settembre 2016, di cui all'elenco allegato;
- e) Copia del codice IBAN del Richiedente il contributo economico.

Data _____

Firma