



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



**Oggetto: ISTANZA DI ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA A FAVORE DI PERSONE
IN CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE - PLNA 2017**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO:
Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____, a _____, residente a _____, provincia _____, Via/Piazza _____, n. _____, tel _____, fax _____, e mail _____; codice fiscale _____ Medico di Medicina Generale _____, tel _____
Chiede
<ul style="list-style-type: none">○ l'assegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima per persone affette da SLA , nell'ambito del "PLNA – 2017" ○ l'assegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, nell'ambito del "PLNA – 2017"



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILO DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



<p><u>DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO:</u></p>
<p>Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____, a _____, residente a _____, provincia _____, Via/Piazza _____, n. _____, tel _____, fax _____, e mail _____; codice fiscale _____</p>
<p>In qualità di:</p> <ul style="list-style-type: none">• Familiare• Tutore• Amministratore di sostegno• Altro (specificare) _____
<p>Chiede</p> <ul style="list-style-type: none">○ l'assegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima per persone affette da SLA , nell'ambito del “PLNA – 2017”○ l'assegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione, nell'ambito del “PLNA – 2017”
<p>a favore di:</p> <p>Sig./Sig.ra _____, nato/a il __/__/____, a _____, residente a _____, provincia _____, Via/Piazza _____, n. _____, tel _____, fax _____, e mail _____; codice fiscale _____</p> <p>_____ Medico di Medicina Generale _____, tel _____</p>



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILO DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



DICHIARA:

- di essere consapevole che gli assegni di disabilità suindicati sono incompatibili con tutte le altre forme di assistenza economica previste dal PLNA 2017 ed altresì con gli interventi previsti dalla l.r. 57/2012 “Interventi per la vita indipendente”;
- di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- di essere consapevole che, in caso pervengano più istanze da ammettere al beneficio oltre il numero delle domande finanziabili, verrà redatta una graduatoria secondo i criteri che l’Ente di Ambito Sociale stabilirà lette le risultanze dello stato di non autosufficienza redatte dall’unità di valutazione multidimensionale distrettuale.
- di essere 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 dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.Lgs;
- di essere informato, ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, oltre ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare ed aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di segreteria dell’Ente di Ambito sociale.



E.C.A.D. N. 6 “SANGRINO”
ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE
Presso COMUNE DI CASTEL DI SANGRO (AQ)

C.so Vittorio Emanuele, 10 - 67031 CASTEL DI SANGRO (AQ)
Affari Sociali – Tel. 0864-8242217 – fax 0864/8242216
e-mail<ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it>



ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Certificazione attestante l'invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/92 art. 3 comma 3;
 - Certificato di invalidità;
 - Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del diretto interessato;
 - Altra documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione_____
- _____

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Fax _____ email _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 ed 82 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni, anche sensibili per le finalità di cui al “PLNA -2017”.

Data ____/____/____

Firma _____