

Al Comune di Santa Croce Camerina

Oggetto: Istanza per l'accesso al beneficio economico per i nuovi soggetti affetti da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del DM. 26.09.2016 per l'applicazione dell'art. 9 della L.r. n. 8/2017 e ss.mm.ii e del D.P.R.S. 31 agosto 2018, n. 589.

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, dichiara di essere:

nato/a _____ il ___/___/_____ e residente _____

in via _____ n. _____ Codice fiscale _____

Tel. _____, Cell. _____ e-mail _____

In qualità di Beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale (specificare il titolo)

CHIEDE

Per il

(compilare solo in caso di delegato/tutore/procuratore)

Soggetto beneficiario

Del/la Sig.ra _____:..... nato/a _____

il ___/___/_____ e residente _____ in via _____

_____ n. _____ Codice fiscale _____

Tel. _____, Cell. _____ e-mail _____

A TAL FINE DICHIARA

1. Che il beneficiario è in possesso della certificazione attestante la condizione di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. Che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale.
3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ed eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare premium e contributi economici) ;
4. **DI NON AVERE** già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016;
 DI AVERE già presentato l'Istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i Soggetti di cui all'art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

- Solo in quest'ultimo caso:

di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura **“Contente dati sensibili”** certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del **1 dicembre 2018**.

Allega alla presente:

- ✓ Fotocopia di documento di identità e codice fiscale del beneficiario;
- ✓ Fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o del rappresentante legale del beneficiario;
- ✓ Eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura “Contenente dati sensibili”, i seguenti documenti :

- Copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3 , comma 3 ;
- Copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- Certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativa).

Il /la sig./sig raautorizza, ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente richiesta. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti o trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all' art. 7 esercitati ai sensi del D. lgs. 196/2003 e del DGPR 2016/679.

Data _____

Il Richiedente
