

ISTANZA PER PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITA' GRAVISSIMA

Al Comune Di Balestrate
Ufficio Politiche Sociali

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente in Balestrate

nella via/piazza _____ n. _____ Cap _____

Prov. di Palermo C.F. _____

Telefono (obbligatorio) _____

nella qualità di _____ (*specificare il rapporto di parentela*)

del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDE

Per il/la proprio/a familiare, affetto/a da 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 H24 a domicilio.

Allega alla presente istanza:

- 1) Certificazione del medico curante che attesta la condizione di gravissima disabilità;
- 2) Autocertificazione stato di famiglie e residenza;
- 3) Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito in corso di validità;
- 4) Fotocopia codice fiscale o Tessera Sanitaria del richiedente;
- 5) Verbale della Commissione medica, attestante l'invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- 6) Certificazione attestante il grado di disabilità prevista ai sensi del art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- 7) Certificazione sanitaria da parte dell'Unità di valutazione Multidimensionale dell' ASP (SVAMA).

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, che il/la proprio/a familiare non usufruisce di altra assistenza domiciliare.

Balestrate lì _____

FIRMA