

Ritornare a casa - mod. 2 Istanza

Al Sig. Sindaco del Comune di Padria
Piazza del Comune 1
07015 PADRIA (SS)

OGGETTO: RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO "RITORNARE A CASA" AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 4/2006, ARTICOLO 17, COMMA 1. - 2^a ANNUALITA'

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ prov. _____ il _____ residente in Padria (SS) in via _____
_____ n. _____ cap. _____ prov. _____ telefono fisso n. _____
_____ cellulare _____ Codice fiscale _____
e-mail _____ fax _____ pec _____

A conoscenza che la Pubblica Amministrazione può raccogliere dati personali per il perseguimento di finalità istituzionali, nonché quelle specifiche socio-assistenziali, secondo quanto previsto dal Codice della Privacy (D.lgs. 196/2003);

CHIEDE

per sé medesimo
Oppure in qualità di:

esercente la potestà nei confronti del minore o dell'interdetto o dell'inabilitato nato/a a _____
prov. _____ il _____ e residente nella Comune di PADRIA
nella via _____ n. _____

Amministratore di sostegno in virtù del Decreto Giudiziario del (inserire data) _____
(di cui si allega copia) dell'assistito _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente nella Comune di
PADRIA nella via _____ n. _____

LA PREDISPOSIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO "RITORNARE A CASA" AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 4/2006, ARTICOLO 17, COMMA 1 per:

- prima annualità (tipologia A);
 rinnovo annualità successive alla prima (tipologia B) Indicare l'annualità (seconda, terza, ecc)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali, di altre provvidenze non veritiere, d'informazione o usi di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 556 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) di essere a conoscenza che gli eventuali costi per la compilazione della documentazione sanitaria sono a carico del richiedente;

2) di essere a conoscenza che gli eventuali costi di gestione (contratti, buste paga, ecc.) sono a carico del richiedente;

3) che la modalità di riscossione prescelta per il rimborso delle spese sostenute è la seguente:

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile dal richiedente Sig. _____;

accredito sul c/c bancario n. _____ Banca _____ intestato e riscuotibile **da altra persona** Sig. _____

_____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ al n. _____

Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)

Amministratore di sostegno

Altro (specificare) _____

- accreditato sul c/c postale n. _____ intestato e riscuotibile **da altra persona** Sig. _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in Via _____ al n. _____ Telefono _____ in qualità di Familiare: Coniuge, Genitore, Figlio, Fratello (barrare la voce che interessa)
- Amministratore di sostegno o tutore
- Altro (specificare) _____

SI IMPEGNA

1. a fornire tutte le informazioni, gli elementi e la documentazione, essenziali e utili alla formulazione del suddetto piano nonché all'articolazione del Servizio;
2. a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla composizione familiare, alle condizioni di reddito e al patrimonio.

Allega alla presente richiesta:

- Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) del nucleo familiare dell'assistito;
- Dichiarazione sostitutiva dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) dell'assistito;
- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente e del destinatario del Progetto;
- fotocopia del codice fiscale del richiedente e del destinatario del Progetto;
- copia conforme all'originale del decreto di nomina a tutore o curatore o amministratore di sostegno (se esistente);
- Scheda indice di comorbilità (CIRS)
- Relazione Sanitaria predisposta dal medico che ha in carico il paziente;
- Clinical Demantial rating Scale (CDR) estesa compilata in tutte le parti da uno specialista neurologo, oncologo o geriatra, timbrata e firmata.

Padria, li _____

IL RICHIEDENTE DICHIARANTE
