

AL COMUNE DI.....

SERVIZI SOCIALI

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 1253/19 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a il Residente a
in Via /Piazza C.F.....
Tel. cel. mail
Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

Per se stesso

Per il/la Sig/ra
nato/a..... il e residente a.....
in Via /Piazza
Titolo di soggiorno (se stranieri)
Tel. cel. mail

Rispetto al beneficiario il richiedente è

DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

- 1) ha un Isee di €
- 2) è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980
- 3) frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
- 4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
<input type="checkbox"/>	Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di un solo familiare adulto o di soli minori oltre al beneficiario

- Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Eventuale delega alla riscossione del beneficiario
- Eventuale titolo di soggiorno

Data _____

In fede
