



Al Comune di _____

ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 5940/2016

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE (Grado di parentela) _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig. Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare _____

(Nome, cognome, grado di parentela, recapito telefonico)

CHIEDE

Di essere sottoposto a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR
5940/2016 MISURA B2



Distretto di Lecco

DICHIARA

di aver presentato istanza di valutazione nell'anno 2016 e di aver usufruito delle prestazioni e/o interventi di cui alla DGR 4249/2015

di aver attualmente ancora in corso interventi finanziati con risorse della DGR 4249/2015

di aver presentato istanza di valutazione per la misura B1 di cui alla DGR 5940/2016

DICHIARA

- Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Ente erogatore _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

**indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)*

- Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di _____

N. accessi settimanali _____

Assistente Sociale di riferimento _____

(cognome, nome e recapito telefonico)

- Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

CDD CSE SFA CDI altro _____

- L'assistenza è garantita da:

familiare _____ n. ore giornaliere _____

(cognome, nome e rapporto di parentela)

non familiare: assistente personale tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data ____/____/____

Firma



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data ____/____/____

Firma

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA DA PARTE DEL BENEFICIARIO RICHIEDENTE (se non già presentata nel 2016 e non vi sono state modifiche)

- ☐ Documento d'Identità dell'assistito
- ☐ Tessera Sanitaria dell'assistito
- ☐ Verbale di invalidità
- ☐ Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra (all.2 del piano operativo)
- ☐ Eventuale altra documentazione sanitaria
- ☐ Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale

ALTRA DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE A CURA DEL BENEFICIARIO/RICHIEDENTE

- ☐ Certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'Art.3 Comma 3 L.104/92. Nelle more della definizione del processo di accertamento, l'istanza può essere comunque presentata.
- ☐ Certificazione ISEE in vigore

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DA ALLEGARE A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DI BASE

- ☐ Scheda sociale (All.5 del Piano Operativo)
- ☐ Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4 del piano operativo)