***Modello D)***

Spettabile Comune di

# MODELLO PER L’AGGIORNAMENTO DELLA DOMANDA

**IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA’ GRAVISSIMA**

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

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 nat a il

di essere residente a

in via n° cap

codice fiscale

tel.: cell.

e-mail In qualità di □ interessato

* rappresentante legale degli interessi
* richiedente la rappresentanza legale degli interessi

CHIEDE PER

il/la Sig./ra

nato/a a il

di essere residente a

in via n°

codice fiscale

tel.: cell.

e-mail

l’aggiornamento della domanda a seguito della presentazione di:

* Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) ordinario e socio sanitario in corso di validità, o, in assenza dello stesso, ricevuta di presentazione DSU, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E” e la legge 26 maggio 2016, n.89;
* attestazione dell’aggravamento della compromissione funzionale, rilasciata da struttura del SSN, sottoscritta, timbrata e datata dal medico;
* provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno/tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell’istanza presso il Tribunale competente, nei casi previsti dalla legge;
* attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali quali: \_
* scelta di una diversa modalità di assistenza, quale:
	+ ASSISTENZA DOMICILIARE
	+ ASSEGNO DI CURA quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;
	+ CONTRIBUTO DI CURA quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato)
* indicazione di un diverso caregiver e/o cambiamento dello stato anagrafico, come di seguito indicato:

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) nato a il e residente in via/piazza n. Comune di CAP Prov. telefono

SI ALLEGA

* Modello I.S.E.E. o DSU;
* attestazione dell’aggravamento della compromissione funzionale;
* provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno/tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell’istanza presso il Tribunale competente;

IL RICHIEDENTE

Luogo e data