

**Istanza da inoltrare congiuntamente ad entrambi gli indirizzi
entro e non oltre il 10 giugno 2017**

Al Comune di _____
Ufficio Servizi Sociali

All'ASP 5 di Messina
Via La Farina n. 263
98123 Messina

OGGETTO: Richiesta accesso ai benefici per persone con disabilità gravissima di cui alla legge regionale n. 4 del 1° marzo 2017 e al D.P. 532/2017, modificato con D.P. 545 del 10 maggio 2017.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____ Comune di _____
CAP _____ Prov. _____ C. F. _____
tel. _____

nella qualità di:

Beneficiario diretto

ovvero

Familiare (indicare grado di parentela) _____

Tutore nominato con decreto n. _____ del _____

Curatore nominato con decreto n. _____ del _____

Amministratore di Sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

Altro (specificare) _____

del/la Sig./Sig.ra Cognome e nome _____

nato a _____ il _____ e residente nel Comune di _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Prov. _____

C.F. _____ tel. _____

Consapevole che il beneficio economico previsto al comma 1 dell'art. 1 della legge regionale 1 marzo 2017 n. 4, è destinato ai soggetti con disabilità gravissima di cui all'art. 3 del decreto ministeriale del 26 settembre 2016, pubblicato nella G.U.R.I., serie Generale n. 280 del 30/11/2016.

CHIEDE

Per sé stesso

Per il beneficiario _____

la valutazione dell' Unità di Valutazione Multidimensionale delle condizioni di disabilità gravissima previste dall'art. 3 del D.M. 26/09/2016 per l'erogazione del trasferimento monetario diretto, finalizzato a garantire i livelli di assistenza domiciliare, previsto dalla legge regionale n. 4/2017.

Il sottoscritto _____

DICHIARA

di essere a conoscenza che il trasferimento monetario diretto potrà essere concesso solo nel caso di idoneità certificata dall'U.V.M. in sede di valutazione e che dovrà essere utilizzato esclusivamente per i servizi di assistenza domiciliare, previa sottoscrizione di un *patto di cura*, redatto ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 con il quale s'impegna ad utilizzare le risorse economiche esclusivamente per la cura della persona disabile.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che l'erogazione del trasferimento monetario diretto, quale assegno di cura per le prestazioni sociosanitarie, di cui all'art. 1, comma 1, della L. R.le 1 marzo 2017, n. 4 e ss.mm.ii sarà effettuato dalle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) previo trasferimento da parte dell'Assessorato regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro delle risorse rinvenibili sul "Fondo regionale per la disabilità".

Allega alla presente:

- Verbale indennità di accompagnamento.
- Fotocopia documento di riconoscimento del richiedente

Il sottoscritto esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili ai sensi del D.Lgs.196/2003 e smi.-

Luogo e data _____

Firma
