

DISTRETTO SANITARIO RM5.3

COMUNE DI _____

PIANO DI ZONA – RICHIESTA INTERVENTI LEGGE 162/98

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telefono _____

CHIEDE

(in nome e per conto proprio / del proprio congiunto)

sig./sig.ra _____ (grado di parentela) _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
Via _____ telefono _____

di usufruire degli interventi previsti dalla Legge 162/98 scegliendo un solo intervento per nucleo familiare:

	TIPOLOGIA DEL SERVIZIO	SI	NO
A	Assistenza Domiciliare Distrettuale e di aiuto alla persona, anche nei giorni festivi e pre-festivi		
B	Rimborso parziale delle spese di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale (Documentate con relativa certificazione)		

Sotto la propria personale responsabilità dichiara che:

☐ Il proprio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima.

Allega alla presente:

- Certificazione rilasciata dalla Commissione medica integrata, ai sensi art. 3 comma 3 della Legge 104/92;
- modello ISEE rilasciato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159;
- certificazione medica (allegato C del modello di domanda);
- modulo liberatoria per i richiedenti del contributo economico;
- fotocopia documento identità in corso di validità.

Lì, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Comune di _____

Oggetto: Piano di Zona – Legge 162-98

Cognome e Nome: _____ nato il _____ a _____

Residente in _____ via _____ Tel. _____

Disabilità: (specificare):

SITUAZIONE SOCIO ECONOMICA

PIANO D'INTERVENTO

OBIETTIVI: _____

CONTRIBUTO ECONOMICO (Proposta) _____

L'Assistente Sociale _____

Per adesione:

L'utente o l'esercente la potestà _____

CERTIFICAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE 162/98

Il sottoscritto dott. _____ dichiara che il/la sig./ra:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente in _____

prov. _____ via _____ tel. _____

presenta le seguenti disabilità (*):

La disabilità riconosciuta non è legata a fenomeni di invecchiamento.

Lì _____

Il Medico Curante

N.B. (*)

L'accesso alle prestazioni ai sensi della legge 162/98 è riservato alle persone in possesso del riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. n. 3 comma 3 legge 104/92 e che non siano in grado di adempiere ad almeno due delle funzioni sotto indicate:

- Deficit intellettivo grave che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
- Impossibilità alla deambulazione;
- Impossibilità al mantenere il controllo sfinterico;
- Impossibilità, se di età superiore ai 10 (dieci) anni, all'assunzione del cibo o a lavarsi o a vestirsi;

Legge 21 maggio 1998 N. 162

Autorizzazione accredito rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale Distrettuale.

Annualità 2017

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
CODICE FISCALE _____

in nome e per conto proprio / del proprio congiunto, beneficiario del rimborso:

sig./sig.ra _____ (grado di parentela) _____
nato/a a _____ il _____ e residente in via/piazza
_____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

AUTORIZZA

Che l'accredito del rimborso delle spese avvenga sul c/c :

- ☐ Postale n. _____ IBAN _____
☐ Bancario n. _____ IBAN _____

Intestato a

nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
Codice Fiscale _____

Oppure per gli importi inferiori a € 1.000,00:

AUTORIZZA

- ☐ Riscossione in contanti presso la tesoreria del Comune di Tivoli, Banca Popolare di Ancona sita in P.zza Santa Croce Tivoli, in favore di:

Nome e cognome riscossore:

nato a _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____ (Obbligatorio) cell _____

Codice Fiscale _____

Si dichiara inoltre che l'eventuale contributo economico richiesto è vincolato, ai sensi del decreto sulla trasparenza (DLgs n. 33/2013 artt. 26 e 277) e alle indicazioni tecniche fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla pubblicazione sul sito Amministrazione trasparente del Comune di Tivoli e nella sezione Albo Pretorio on-line del sito istituzionale, dei propri dati e dell'importo del contributo richiesto.

Il Dichiarante

Data