

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

MODELLO LETTERA "B"

- PROGETTI PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA' PER INTERVENTI FUNZIONALI ALL'ACQUISIZIONE DI AUTONOMIE

All'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2018

"Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"
Deliberazione di G.R. n. 165 del 20/05/2019

Il /la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ prov. _____ il ____/____/____
residente a _____ Via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

Nella qualità di familiare del paziente in condizioni di disabilità,

Indicare il grado di parentela

Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

RESIDENTE A _____ **VIA** _____ **N.** _____

**di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2018 "Servizi ed azioni per persone con
disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio"
LETTERA B – PROGETTI PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITA' PER
INTERVENTI FUNZIONALI ALL'ACQUISIZIONE DI AUTONOMIE**

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) che il minore _____, si trova in condizioni di disabilità gravissima ai sensi dell' art. 3 comma 3 della L. 104/'92 tale da richiedere azioni di supporto previa redazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che contempli aspetti sociali e sanitari.
- b) che il suo nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Grado di parentela
1				
2				
3				
4				
5				
6				

All'uopo richiede:

- Contributo economico**, nella misura massima di € 8000,00 (Iva % inclusa), per minori riconosciuti ai sensi dell'art.3, comma 3 L. 104/92, impiegati in percorsi di studio per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e per l'apprendimento di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

L'eventuale spesa di importo maggiore a quanto riconosciuto sarà a carico del beneficiario.

Il corso deve essere svolto entro l'anno di realizzazione del Programma, che decorre dall'approvazione della graduatoria e della concessione del beneficio.

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

DICHIARA ALTRESI'

- a) di svolgere l'attività per la quale riceve il contributo entro l'anno di realizzazione del Programma;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Nel caso di accoglimento della domanda il sottoscritto sceglie la seguente modalità di erogazione delle somme di propria spettanza:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- copia di Certificazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3;
- progetto **datato e sottoscritto** dalla cooperativa o dal professionista che ha redatto il progetto per l'acquisizione dell'autonomia.

Luogo e data

Firma del richiedente
