

Codice Fiscale: _____ Tessera sanitaria n. _____

Residente in via/p.za _____ Comune di residenza _____ Prov. _____

Domiciliato in via/p.za _____ Comune di domicilio _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____ Eventuale indirizzo e-mail _____

TIPOLOGIA BENEFICIARIO	
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	Distrofia
Atrofia muscolare spinale (SMA)	Miopatia
altre malattie del Motoneurone	Sclerosi Multipla
Corea di Huntington	altro: <i>(specificare)</i>

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO				
Coniuge/convivente	Ambedue i genitori	Madre	Altro	
Coniuge/convivente e figli minori	Ambedue i genitori + fratelli/sorelle	Madre+ fratelli/sorelle		
Coniuge/convivente e figli minorenni e maggiorenni	Padre	fratelli/sorelle		
Coniuge/convivente e figli maggiorenni	Padre+ fratelli/sorelle	Nessuno		

TIPOLOGIA DI CARE GIVER FAMILIARE			
Coniuge/convivente	Ambedue i genitori	Nessuno	
Coniuge/convivente e figli maggiorenni	Madre	Altro	
Figlio/a o figli	Padre		
Coniuge/convivente e figli maggiorenni	fratelli/sorelle		

TIPOLOGIA DI ASSISTENTE PERSONALE			
Assistente personale 24h		Assistente personale qualificato 24h	Altro
Assistente personale tempo pieno (min. 7		Assistente	

	ore die)		personale qualificato tempo pieno (min. 7 ore die)	
	Assistente personale tempo parziale (max. 7 ore die)		Assistente personale qualificato tempo parziale (max. 7 ore die)	

ALTRI SERVIZI FRUITI DAL BENEFICIARIO				
	SAD compreso servizi complementari (pasto a domicilio, trasporto, ecc....)		Contributi L.R. 23/1995 art.4.commi 4 e 5 (Strumenti tecnologicamente avanzati)	ADI
	Buono previsto dalla misura B1 DGR 740/2013		altro	
	Protesi/ausili		nessuno	

- di aver preso visione delle modalità di erogazione del Buono Sociale per persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti (ai sensi delle DGR. 2655/14 E 2883/14– MIS. B2);
- di essere in possesso di certificazione di invalidità civile (cod. 4, 5, 6 e 7);
- di avere un ISEE non superiore a € 30.000,00;
- di NON essere affetto da malattie di Alzheimer o da altre forme di demenza certificata;
- di frequentare la seguente Struttura diurna (socio assistenziali – socio sanitaria):

-
- tempo pieno tempo part time (meno di 20 ore settimanali)

ALLEGA

- Fotocopia documento d'identità del beneficiario, del verbale di invalidità civile
- Fotocopia documento d'identità del familiare/curatore/amministratore di sostegno
- Dichiarazione unica (ISEE) o

Nel caso di accoglimento della domanda, l'erogazione del beneficio economico dovrà essere effettuata sul seguente conto corrente bancario o postale intestato o cointestato al beneficiario:

IBAN _____

Luogo e data: _____ Firma del richiedente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per ogni persona presente nella domanda

Luogo e data: _____ Firma del richiedente: _____

AVVERTENZE:

L'amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art.71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del D. L. n. 196 del 30/06/2003, si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.

A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE DOPO LA PROTOCOLLAZIONE DELLA DOMANDA
PUNTEGGIO SCHEDA ORIENTAMENTO (ITEM 7 E 8):
PUNTEGGIO SCHEDA ADL:
SEGNALARE SE ALTRO SOGGETTO CONVIVENTE NELLO STESSO NUCLEO FAMILIARE HA PRESENTATO DOMANDA PER QUESTA MISURA <input type="checkbox"/>
IN CASO AFFERMATIVO INDICARE NOMINATIVO DEL CONVIVENTE