

Al Sig. Sindaco Comune di Avola  
C.so Garibaldi, 80  
Avola  
Settore Servizi Sociali

**OGGETTO: ISTANZA PER L'ACCESSO AL BENEFICIO ECONOMICO PER I NUOVI SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ GRAVISSIMA DI CUI ALL'ART. 3 DEL D.M. 26 SETTEMBRE 2016 PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 9 DELLA L.R. 8/2017 E SS.MM.II. E DEL D.P.RS. 31 AGOSTO 2018, N° 589.**

**Soggetto richiedente**

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:

nato/a a.....il.....residente a .....

via.....codice fiscale.....

tel..... E-mail.....

in qualità di familiare delegato o di rappresentante legale ( Specificare il titolo).....

chiede per il

**Soggetto beneficiario**

Sig./Sig.ra .....

nato/a a.....il.....residente a .....

via.....codice fiscale.....

tel..... E-mail.....

l' accesso al beneficio economico, previsto dalle norme in oggetto, previa verifica da parte dell' Unità di valutazione multidimensionale dell' A.S.P. che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di disabilità gravissima di cui all' art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

**A TAL FINE DICHIARA**

1. che il beneficiario e' in possesso della certificazione di portatore di handicap ai sensi dell' art.3 comma 3 l.5 febbraio 1992 n. 104 e del riconoscimento della indennità di accompagnamento;
2. che il Patto di Cura sarà firmato dal diretto interessato o da chi ne ha la rappresentanza legale;

3. di riservarsi, in caso di riconoscimento del beneficio di cui in oggetto, di autocertificare ISEE socio sanitario del beneficiario e di rinunciare ad eventuali altri contributi economici (quali, solo a titolo di esempio, homecare premium e contributi economici);
4.  DI NON AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all' art.3 del D.M. 26 settembre 2016;  
 DI AVERE già presentato l'istanza per il riconoscimento del beneficio previsto per i soggetti di cui all' art.3 del D.M. 26 settembre 2016 e di non essere stato ritenuto avente diritto allo status di disabile gravissimo;

**solo in quest' ultimo caso :**

- di avere inserito nella busta chiusa con la dicitura "Contiene dati sensibili" certificazione sanitaria prodotta da struttura pubblica che attesti un aggravamento clinico e che la stessa sia stata prodotta prima del 01/12/2020.

**Allega alla presente domanda:**

- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del beneficiario;
- fotocopia di documento di identità e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario;
- eventuale provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno o tutore in caso di delegato.

Allega, altresì, in busta chiusa con la dicitura "contiene dati sensibili", i seguenti documenti:

- copia (con diagnosi) della certificazione sanitaria di cui alla L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia del provvedimento che riconosce l'indennità di accompagnamento;
- certificato che attesti l'aggravamento della propria condizione (rivolto solo ed esclusivamente a coloro che abbiano già presentato precedentemente istanza che sia stata negativamente valutata).

Il /La Sig.....autorizza al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell'art.13 D.LGS N. 196/03 i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell' A.C. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura ed è regolata dall' art. 19. L'interessato può far valere nei confronti dell' A.C. i diritti di cui all' art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8,9 e 10 D.LGS 196/06.

IL RICHIEDENTE

---