

*SERMI  
GENOVA***COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"**

Via Monte Velino, 61 - 67051 AVEZZANO (AQ) - Tel. 0863/22143 - Fax 0863/440571-CF e P.I.01842400663

**Ufficio Sociale**Prot. n. 941/RLSAvezzano 22 APR. 2016

**OGGETTO:** AMBITI 12-14-15-Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) anno 2015-Monitoraggio di persone in condizione di dipendenza vitale, che necessitano assistenza domiciliare continua nelle 24 ore per erogazione contributo (assegno disabilità).

**Comune di  
CARSOLI (AQ)****Arrivo****Prot. N° 0003975 del 26-04-2016****Cat. 1 Classe 1****Ai Sindaci dei Comuni****Al Consorzio RESET di Avezzano****All'Ass.ne ANFFAS di Avezzano****AMBITI 12.14.15- LORO SEDI**

Per l'attuazione del PLNA 2015 la C.M. Montagna Marsicana, in qualità di gestore dei servizi sociale degli ambiti 12-14-15, comunica che si può presentare istanza presso questa Comunità Montana per l'ammissione al contributo di cui all'oggetto entro il 10/06/2016, corredata dalla seguente documentazione:

- Modulo 01 di Segnalazione compilato dal Medico di Base;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare con nuovo modello in vigore dal 01-01-2015;
- Eventuale Certificazione attestante l'invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/92 art. 3 comma 3;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e di residenza;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido.

L'assegno di disabilità gravissima è subordinato alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio contesto abitativo. I moduli per la presentazione della domanda sono disponibili presso la COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA DI AVEZZANO" - Via Monte Velino 61 e presso i propri COMUNI di Residenza.

**Si allega modulo Domanda PLNA 2015.**

Per ulteriori informazioni contattare l'ufficio sociale dell'Ente.

Certo della vostra disponibilità si inviano cordiali saluti.

Il Responsabile del Servizio  
P.A. Donato Rizio*Donato Rizio*

**COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA MARSICANA"**

All'Ente di Ambito Sociale n. ....

Via Monte Velino n. 61 - 67051 Avezzano (AQ)

**Oggetto: Istanza di Assegno Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale - PLNA annualità 2015**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede

**Passegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale "PLNA - 2015 "**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ familiare;☐ tutore;☐ amministratore di sostegno;☐ altro (specificare) .....

chiede

**Passegnazione di Assegno di Disabilità Gravissima a favore di persone in condizione di dipendenza vitale "PLNA - 2015 "**

a favore di:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_



#### DICHIARA:

- di essere consapevole che l'ammissione al Piano Locale avviene previa valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensione (U.V.M.) e predisposizione di apposito Piano Individualizzato di Assistenza;
- di essere consapevole, altresì, che l'erogazione del beneficio eventualmente concesso avrà decorrenza dalla sottoscrizione del contratto (Accordo di Fiducia) con il Servizio Sociale dell'Ambito che indicherà il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire, le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare, la durata del contratto/accordo, la modalità ed i tempi della verifica, l'entità del contributo, la modalità di erogazione, gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo;
- di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite;
- di essere consapevole che l'Ente di Ambito Sociale verificherà trimestralmente il rispetto dell'accordo sottoscritto e nel caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, acquisirà copia dei versamenti contributivi effettuati.
- di essere consapevole che l'erogazione del beneficio è subordinato alla permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio contesto abitativo.

#### A TAL FINE:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.
- Informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Ente di Ambito sociale.

#### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- Modulo 01 di Segnalazione compilato dal Medico di Base;
- Certificazione ISEE del nucleo familiare con nuovo modello in vigore dal 01-01-2015;
- Eventuale Certificazione attestante l'invalidità o la disabilità stabilita dalla L. 104/'92 art. 3 comma 3;
- Dichiarazione sostitutiva del certificato di stato di famiglia e di residenza;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido;

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui al "PLNA - 2015".

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_