



*SERVIZI  
GENOVA*



## COMUNITÀ 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/RIS

Avezzano 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  
**CARSOLO (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 sociali 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 COMUNITÀ 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

**COMUNITÀ 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.

AI LEGA 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 CONSENTO

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 \_\_\_\_\_