

L'erogazione di un contributo economico a sostegno degli oneri:

- per la frequenza di servizi semiresidenziali per disabili;
- per il trasporto verso e dalle strutture frequentate;
- per entrambi gli interventi.

(barrare la voce interessata)

A tal fine, consapevole della propria responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che:

- la persona per cui viene richiesto il contributo fa parte di un nucleo familiare così composto:

Nome e Cognome	Parentela rispetto all'interessato	Età al momento della domanda	Percettore di reddito (si/no)	Invalido con percentuale superiore al 74% (si/no)

- la medesima persona è impossibilitata ad usufruire dei mezzi pubblici e i familiari non sono in grado di accompagnarlo. (barrare solo ove ricorra)

Chiede, altresì, che l'eventuale contributo assegnato sia

- accreditato sul seguente conto corrente (non indicare coordinate di libretti postali, poiché questi ultimi non consentono l'accredito di bonifici diversi dalla pensione):
Intestatario/i.....
IBAN.....
- liquidato tramite incasso diretto presso qualsiasi filiale della Banca Intesa San Paolo. (NB: eventuali delegati all'incasso dovranno presentare allo Sportello Bancario delega all'incasso sottoscritta dal beneficiario, recante l'indicazione dei dati anagrafici, indirizzo e codice fiscale della persona delegata alla quietanza).

Allega, altresì, ai fini di cui alla presente domanda:

- Copia Carta Identità dell'eventuale richiedente diverso dal beneficiario;
- Copia Carta identità del beneficiario;
- Copia del decreto di nomina a curatore, tutore od amministratore di sostegno del beneficiario;
- Attestazione ISEE, riferita alla prestazione del bando, in corso di validità;
- Copia del verbale di riconoscimento di invalidità civile dal quale sia possibile evincere anche la diagnosi medica;
- Scheda di valutazione compilata dal medico curante (v. Allegato 2), eventualmente corredata dell'Allegato 2b;

- Eventuale copia di riconoscimento di invalidità civile del familiare e/o caregiver finalizzato all'ottenimento di punteggio aggiuntivo;
- Progetto educativo aggiornato redatto dalla struttura frequentata o eventuale dichiarazione di frequenza da parte della struttura;
- Copia Carta dei servizi delle struttura oppure dichiarazione in tal senso del Legale Rappresentante della struttura o del servizio a cui si accede dalla quale si evinca chiaramente la retta applicata e gli estremi autorizzativi o comunque abilitanti al funzionamento e/o all'esercizio dell'attività prestata al richiedente il beneficio;
- Preventivo di spese dell'eventuale servizio di trasporto.

.....
(Luogo e data)

In fede

.....

CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Io sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui all'art. 11 dell'Avviso e di acconsentire all'uso ivi descritto dei dati personali e sensibili resi ai fini della presente domanda.

.....
(Luogo e data)

In fede

.....

AII. 2

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA
(barrare il punteggio più pertinente al caso)

Sig./Sig.ra _____ Nato/a il _____

GRADO DI COMPROMISSIONE DELLA CAPACITA' COGNITIVO/COMPORAMENTALE	PUNTEGGIO
ASSENTE (nessuna compromissione o non interferenza con la normale attività)	0
LIEVE (presenza di lievi disturbi cognitivi e/o comportamentali, episodi di riduzione delle performance per fatica mentale, con occasionale necessità di assistenza/ausili)	1
MODERATA (presenza di disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con frequente necessità di assistenza/ausili)	2
GRAVE (presenza di gravi disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con necessità di aiuto nella gestione di attività di problem solving, relazione con gli altri, orientamento, etc..)	3
MOLTO GRAVE (presenza di deterioramento mentale con totale dipendenza dagli altri per incapacità di problem solving/gravi disturbi di relazione con gli altri/disorientamento spazio-temporale)	4
GRADO DI COMPROMISSIONE DEL TONO DELL'UMORE	PUNTEGGIO
ASSENTE (nessuna compromissione o non interferenza con la normale attività)	0
LIEVE (presenza di disturbi dell'umore con impatto nella vita sociale, ma con conservazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana)	1
MODERATA (presenza di gravi disturbi dell'umore con parziale conservazione dei rapporti sociali e necessità di aiuto saltuario nelle attività della vita quotidiana)	2
GRAVE (presenza di gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e necessità di aiuto frequente nelle attività della vita quotidiana)	3
MOLTO GRAVE (presenza di gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e richiedono assistenza continuativa per la gestione delle attività quotidiane)	4
TOTALE	/8

Data

Il Medico Curante
(firma e timbro)

All. 2b

ATTESTAZIONE PERMANENZA REQUISITI DI INVALIDITA' E GRAVITA'

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

dà atto che

il/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____,

affetto/a da _____

persiste tutt'oggi in una situazione di invalidità al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ovvero gravità ex art. 3, comma 3, ex L. 104/1992.

Data

Il Medico Curante
(firma e timbro)
