

**DOMANDA DI VALUTAZIONE DISABILITA' GRAVISSIMA**  
(DGRT del 19.06.2017 n. 664)

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato**

<b>QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE</b>	
Cognome/Nome _____	
nato/a il	_____ a _____ Prov. _____
e residente in _____	
Via/P.zza	_____ n. _____
CAP _____	Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale: _____	
Stato civile <sup>1</sup>	_____ Cittadinanza <sup>2</sup> _____

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto**

<b>QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA</b>	
Cognome/Nome _____	
in qualità di <sup>3</sup> _____ del sotto indicato beneficiario:	
<b>DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO</b>	
Cognome/Nome _____	
nato/a il	_____ a _____ Prov. _____
e residente in _____	
Via/P.zza	_____ n. _____
CAP _____	Tel. _____ e mail _____
Codice Fiscale: _____	
Stato civile <sup>1</sup>	_____ Cittadinanza <sup>2</sup> _____

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

<sup>2</sup> Italiana/Comunitaria/Extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno n. ....  
rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il ..... o in  
corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data ..... /rifugiato  
politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

<sup>3</sup> Genitore (se il beneficiario è un minore), amministratore di sostegno o tutore.

**Viste:**

-legge 11 Febbraio 1980, n. 18 “indennità all'accompagnamento agli invalidi civili completamente inabili”;

-L. R 18 Dicembre 2008, n. 66 “istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”

-deliberazione della Giunta Regionale 19 giugno 2017 n. 664 – Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 “Fondo nazionale per le non autosufficienze – annualità 2016”. Approvazione nuove linee di indirizzo per l'utilizzo del FNA destinato alle disabilità gravissime e assegnazione risorse;

**CHIEDE**

di poter essere valutato al fine di poter beneficiare del contributo economico previsto dalla suddetta deliberazione della Giunta Regionale per le persone in condizione di disabilità gravissima, così come determinato in base alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

A tale scopo, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**DICHIARA**

1. di essere residente in Toscana almeno dal 1° gennaio dell'anno precedente a quello di presentazione della presente domanda;
2. di essere stato riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di *invalidità civile* in data /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ come persona avente riconoscimento di indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili come da legge n 18/1980;
3. di avere un ISEE in corso di validità, calcolato secondo le modalità previste dall'art. 6 del D.P.C.M 5 dicembre 2013, n. 159, così come modificato dalla legge 26 maggio 2016, n. 89, per le prestazioni di natura sociosanitaria, di importo pari o inferiore a € 60000,00 \_\_\_\_\_, così come risultante dall'attestazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,
4. di non essere beneficiario di altri contributi economici erogati da enti pubblici ai fini della permanenza a domicilio;
5. di essere pienamente autonomo (direttamente o tramite i familiari) nell'individuazione degli assistenti personali con i quali sarà contratto un regolare rapporto di lavoro oppure di beneficiare di contributo economico nei termini di assegno di cura quando finalizzato a sostenere le funzioni assistenziale dei genitori che si assumono in proprio l'onore dell'assistenza alla persona di minore età con disabilità gravissima

**DICHIARA INOLTRE**

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

## COMUNICA

(da compilare solo se i dati sono diversi da quelli relativi al dichiarante)

che le comunicazioni relative al procedimento in oggetto dovranno essere fatte al/alla sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### QUADRO B - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno o da un tutore:

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il | | | | | | | | | | a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.za. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### OPPURE

### QUADRO C - IMPEDIMENTO A SCRIVERE E/O SOTTOSCRIVERE<sup>4</sup>

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Pubblico Ufficiale) riceve la  
dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) \_\_\_\_\_

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

## MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

### QUADRO D - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) previa esibizione del seguente documento di identità:

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

### OPPURE

### QUADRO E - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

### ALLEGATI

- Accertamento dello stato di invalidità civile
- Documentazione sanitaria