

C. ATTESTAZIONE I.S.E.E. SOCIO-SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' (D.P.C.M. 5/12/2013 n.159 e D.M. del 7/11/2014)

- INFERIORE A € 25.000,00 ANNUI
- SUPERIORE A € 25.000,00 ANNUI

D. RICONOSCIMENTO CONDIZIONI DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA:

- NON HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- HA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA'/NON AUTOSUFFICIENZA GRAVE (ART.3, c.3 L.104/92)
- NON HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- HA INVALIDITA' CIVILE AL 100%
- NON PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- PERCEPISCE INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
- HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (LEGGE REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON HA RICHiesto ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (LEGGE REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (LEGGE REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)
- NON PERCEPISCE ASSEGNO MONETARIO A FAVORE DI DISABILI GRAVISSIMI (LEGGE REG.LE N. 4/2017 ART. 1 COMMA 1 E DPRS.589/GAB DEL 31/08/2018)

E. SITUAZIONE DI CURA/ ASSISTENZA:

- ASSENZA DI FAMILIARI
- FAMILIARE CONVIVENTE ANZIANO/DISABILE _____
- RICHIESTA CURE DOMICILIARI SANITARIE
- CURE DOMICILIARI SANITARIE (SPECIFICARE TIPO DI INTERVENTO): _____
- ALTRO SUPPORTO PRIVATO (SPECIFICARE): _____
- MEDICO DI BASE _____

F. DI ESSERE IN POSSESSO DELLA DOCUMENTAZIONE ORIGINALE RELATIVA AI DATI DICHIARATI INERENTI L'I.S.E.E. E LE CONDIZIONI DI DISABILITA'**G. DI ESSERE CONSAPEVOLE ED INFORMATO CHE LA PRESENE RICHIESTA SARA' OGGETTO DI VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA DA PARTE DELL'EQUIPE INTEGRATA COMUNE/A.S.P.****ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- 1) Copia certificazione sanitaria (l.104/92, art. 3 comma 3);
- 2) Copia verbale di invalidità _____% ed indennità di accompagnamento (L.18/80; L.508/88);
- 3) Valutazione del Medico M. G. su scheda S.V.A.M.A. sanitaria (all. 2.2- e 2.3 cognitivo-funzionale);
- 4) Copia di eventuale decreto di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno
- 5) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente

6) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del beneficiario

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, consapevole che le informazioni fornite con la presente istanza sono necessari all'espletamento delle finalità istituzionali ad essa connesse, autorizza il Comune di Acireale al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità relative all'oggetto dell'istanza, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Dichiara inoltre di essere informato che Il titolare del trattamento dei dati raccolti è il Comune di Aci Castello Via Dante, 28 protocollo@pec.comune.acicastello.ct.it responsabile del trattamento è Dott. Alfredo D'Urso area2@comune.acicastello.ct.it Il responsabile della protezione dei dati è Avv.to Chiara Torrisi chiaratorrisick@gmail.it

Firma
