



REGIONE LIGURIA

FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

SCHEDA REGIONALE DI SEGNALAZIONE DEL MMG

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a il ____/____/____ Sesso M F Data di compilazione ____/____/____

Residente in Via _____ Tel. _____

Eventuali altri n° telefonici _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

- | | | | |
|-----|--|-----------|-----------|
| 1. | E' in grado di lavarsi | SI | NO |
| 2. | E' in grado di vestirsi | SI | NO |
| 3. | E' continente per urine e feci | SI | NO |
| 4. | E' in grado di alimentarsi | SI | NO |
| 5. | E' in grado di utilizzare i servizi igienici | SI | NO |
| 6. | E' in grado di deambulare | SI | NO |
| 7. | Assenza di cardiopatia ischemica | SI | NO |
| 8. | Assenza di broncopneumopatie | SI | NO |
| 9. | E' orientato e collaborante | SI | NO |
| 10. | Assenza di lesioni da decubito | SI | NO |

DISTRETTO SOCIOSANITARIO N°19 VAL DI MAGRA



Comune Araglia



Comune Arcola



Comune Castelnuovo M.



Comune Ortonovo



Comune S. Stefano M.



Comune Sarzana



Comune Vezzano L.



Azienda Unità Sanitaria Locale n 5 "Spezzino"

COGNOME

NOME

Il Sig. /a (di seguito indicato RICHIEDENTE)

nato/a a (Prov.) il

codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in:

Via.....

Città CAP..... Provincia tel.....

Sesso F M

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 (R) DPR 445/2000):

COGNOME

NOME

il Sig./ a

codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Residente in: via.....

Città Cap..... Provincia tel.....

in qualità di:

rappresentante legale del richiedente: (specificare se tutore, procuratore, ecc.)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)

per conto del RICHIEDENTE

CHIEDE

l'accertamento di non autosufficienza di cui alla D.G.R. 20 ottobre 2006 n. 1106 per la concessione della misura economica per la non autosufficienza, dell'importo di 350,00 euro mensili.

chiede: (barrare una sola casella)

- nessuna compartecipazione dell'utente (valore ISEE fino a 10.000,00 euro)
- compartecipazione dell'utente al 20% (valore ISEE compreso tra 10.001,00 e 20.000,00 euro)
- compartecipazione dell'utente al 30% (valore ISEE compreso tra 20.001,00 e 30.000,00 euro)
- compartecipazione dell'utente al 40% (valore ISEE compreso tra 30.001,00 e 40.000,00 euro)

A TAL FINE AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445 E SS. MM.

DICHIARA

che il RICHIEDENTE

- è cittadino italiano o U.E., *oppure*
- cittadino extracomunitario titolare di carta di soggiorno (**allegare copia della carta di soggiorno**)
- è invalido al 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
oppure
- ha presentato domanda di riconoscimento dell'invalidità
oppure
- è portatore di handicap grave

- la sua situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore ISEE (indicatore della situazione economica equivalente di cui ai D.Lgs 109/1998 e 130/2000) pari a euro _____, come da allegata certificazione

- l'assistenza verrà erogata tramite:
 - assistente familiare (badante) regolarmente assunta
 - acquisto di prestazioni da cooperative o altro soggetto fornitore
 - famiglia

Allega alla presente:

- scheda regionale di segnalazione del medico di medicina generale
- copia del verbale di accertamento di invalidità civile o di handicap
- copia della domanda di riconoscimento dell'invalidità (*nel caso di domanda in itinere*)
- copia della certificazione rilasciata da strutture ospedaliere, istituti scientifici o ASL (*nel caso di disabili considerati gravi ex lege (persone down e malattie rare)*)
- certificazione ISEE
- copia della carta di soggiorno, *nel caso di cittadino extracomunitario.*

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR 445/2000 e ss.mm., dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri.

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi dell'art. 13 della legge n. 196/2003 e ss.mm. che i dati acquisiti con la presente autocertificazione vengono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse all'erogazione della misura economica per la non autosufficienza.

IL DICHIARANTE

(data)

(firma)

(in caso di spedizione allegare fotocopia del documento di identità non scaduto)



REGIONE LIGURIA

Altri problemi sanitari rilevanti da segnalare _____

A. Vive in famiglia o ha reti di supporto familiare di riferimento **SI NO**

B. Vive con coniuge o altro familiare autosufficiente **SI NO**

C. Nucleo familiare adeguato (assenza di patologie psichiatriche, assenza di dipendenze da sostanza, assenza handicap) **SI NO**

Altri problemi da segnalare _____

Timbro e Firma

.