

# DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA DGR 7769/2018

Alla ASST NORD MILANO

UOS Fragilità e Disabilità – Cinisello Balsamo

UOS Fragilità e Processi di Cura - Sesto San Giovanni

UOS Fragilità e Processi di Cura – Cologno Monzese

## DATI RIFERITI ALLA PERSONA PER LA QUALE SI RICHIEDONO GLI INTERVENTI DELLA MISURA

Il Sig/La Sig.ra \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

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

### **Compilare solo qualora il domicilio non coincida con la residenza**

Comune di domicilio \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via e n° \_\_\_\_\_

## DATI RIFERITI ALLA PERSONA CHE FIRMA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

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

residente in \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

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

## CHIEDE

l'accesso alla valutazione prevista per la fruizione della Misura **Residenzialità assistita**.

il/la 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 rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.,

## DICHIARA

1. di non essere invalido civile 100% con indennità di accompagnamento;
2. di non fruire/ che la persona per la quale vengono richiesti gli interventi non fruisce di ADI\*

## ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità dell'interessato all'erogazione della misura;
- Copia del documento di identità in corso di validità di chi firma la domanda (se diverso dall'interessato al beneficio della misura);
- Copia dell'eventuale documentazione sanitaria e socio-sanitaria attestante le condizioni clinico-funzionali (solo se già posseduta);
- Copia del verbale di Invalidità Civile (solo se già posseduto)

### (COMPILARE SOLO SE E' PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE LA MISURA)

- di essere il coniuge o il convivente o il figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale (indicare relazione di parentela): \_\_\_\_\_
- di essere altro caregiver (indicare legame con il richiedente: amico, conoscente, ...):  
\_\_\_\_\_
- di essere Amministratore di Sostegno del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)
- di essere tutore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina \_\_\_\_\_)
- di essere curatore del beneficiario  
(indicare estremi provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_)

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veri.**

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

Il/La 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 indebitamente percepite

Data: .....

FIRMA .....

ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003 e ss.mm., **Dichiara** di acconsentire al trattamento dei dati conferiti con la presente istanza per lo svolgimento delle funzioni istituzionali connesse alla trattazione della presente pratica.

Data: .....

FIRMA .....

\*eccetto ADI prestazionale (prelievi, cambio catetere, ecc.) e Cure Palliative domiciliari