

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 1253/19 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a ..... il ..... Residente a .....  
in Via /Piazza ..... C.F.....  
Tel. .... cel. .... mail .....  
Titolo di soggiorno (se stranieri) .....

**CHIEDE**

Per se stesso

Per il/la Sig/ra .....

nato/a..... il ..... e residente a.....  
in Via /Piazza .....  
Titolo di soggiorno (se stranieri) .....  
Tel. .... cel. .... mail .....

Rispetto al beneficiario il richiedente è .....

**DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O  
COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

- 1) ha un Isee di € .....
- 2) è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980
- 3)  frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune  
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
- 4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
<input type="checkbox"/>	Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di un solo familiare adulto o di soli minori oltre al beneficiario



- Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Eventuale delega alla riscossione del beneficiario
- Eventuale titolo di soggiorno

Data \_\_\_\_\_

In fede

---

