



**Al Comune di** \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Legge n. 104/1992 art. 3 comma 3 - Interventi in favore dei soggetti con handicap grave.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
in nome e per conto proprio ovvero in qualità di tutore di:

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ammissione al beneficio previsto dalla legge in oggetto sottoforma del seguente intervento:

Sostegno familiare ed alla persona attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche nelle giornate festive e prefestive;

Aiuto alla persona gestito in forma indiretta, mediante un piano personalizzato, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;

Rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito di programmi preventivamente concordati.

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

1. di essere portatore di handicap in situazione di particolare gravi come individuato dall'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, certificato ed accertato dalle Commissioni mediche di cui all'art. 4 della medesima legge;

2. di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in forma indiretta, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT, in favore degli stessi, sollevando il Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario RMH1 Monte Porzio Catone, da ogni onere e responsabilità

relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione.

3. Di autorizzare ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento, che saranno trattati anche con strumenti informatici.

---

(luogo e data)

FIRMA

---

**ALLEGATI OBBLIGATORI**

- a) Copia della certificazione rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della legge n 104/92;*
- b) Verbale di invalidità con diagnosi funzionale;*
- c) Certificato di stato di famiglia del nucleo familiare;*
- d) Certificato di residenza del nucleo familiare;*
- e) Verbale di invalidità dell'eventuale convivente con accertata patologia (almeno 75%);*
- f) Certificazione ISEE (DPCM n.159 del 5.12.2013 e successive modifiche) in corso di validità rilasciata da soggetto abilitato;*
- g) Fotocopia di un documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.*