

DOMANDA di ACCESSO ALLA MISURA

RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI

ai sensi della Delibera di Giunta Regione Lombardia n.1152 / 19

LA/IL SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ CAP _____

in Via/Piazza, n. _____

Domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a _____ Prov _____

in Via/Piazza n. _____ CAP _____

cod. fisc. _____

recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

IN QUALITA' DI:

genitore in possesso della responsabilità genitoriale (barrare una delle caselle

sotto elencate):

congiunta con l'altro genitore che è informato e concorda in merito alla

presente domanda

in via esclusiva

tutore, curatore (allegare copia del decreto del Tribunale)

ente affidatario (allegare copia del decreto del Tribunale)

2

CHIEDE

l'accesso alla misura RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI che sostiene

l'accoglienza residenziale di minori in condizioni di gravissima disabilità, attraverso il

riconoscimento di un voucher giornaliero, spendibile presso RSD/CSS accreditate di

Regione Lombardia, in possesso dei requisiti previsti per la stessa;

IN FAVORE DEL MINORE :

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Domiciliato a _____ in Via _____

Cittadinanza _____

Sesso: Maschio Femmina

Codice Fiscale: _____

Tessera Sanitaria N. _____

Possesso di invalidità civile: Sì NO In corso

Pediatra di Famiglia/MMG Dott/Dott.ssa _____

Tel _____ .

Specialisti di riferimento Dott/Dott.ssa _____

Tel _____ .

Eventuale frequenza scolastica:

Nido Scuola dell'infanzia Scuola Primaria

Scuola Secondaria di primo grado Altro _____

Se si tratta di una richiesta di ricovero di sollievo temporaneo, specificare il periodo

richiesto _____

Attualmente è ricoverato: Sì NO

presso _____

dal _____ (indicare data ricovero)

Operatore di riferimento _____

3

recapito telefonico _____

NUCLEO FAMILIARE:

PADRE: Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ (Prov/Stato _____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____

CAP _____ Provincia _____ Cittadinanza _____ Professione: _____

Convivente con il minore: SÌ NO

Recapito telefonico _____

MADRE :Cognome _____ Nome _____

Nata a _____ (Prov/Stato _____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____

CAP _____ Provincia _____ Cittadinanza _____ Professione: _____

Convivente con il minore: SÌ NO

Recapito telefonico _____

ALTRI FIGLI:

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Convivente con il minore SÌ NO

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Convivente con il minore SÌ NO

Altre persone che aiutano nella gestione del minore:

Il minore e/o la famiglia sono in carico ad altri Servizi e/o Enti?: SÌ NO

Se SI specificare quali:

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel:

4

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel:

Servizio _____ Nominativo Referente: _____ Tel:

Il minore beneficia di altre misure e/o sperimentazioni regionali (es: Misura B1, B2, sperimentazioni ex DGR n.3239/2012, ecc.): NO

SI (specificare: _____)

A TAL FINE DICHIARA DI

autorizzare l'ATS a condividere con tutti gli Enti preposti (quali ASST/Comune di residenza, eventuali Specialisti/Enti identificati nella presente domanda) le informazioni rese ai fini della processabilità della richiesta di accesso alla misura;

essere consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,

di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e che quanto contenuto nella presente domanda corrisponde al vero.

ALLEGA INOLTRE

Documentazione medica riferita al minore (es. documentazione rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero, di visita ambulatoriale, etc), se già in possesso;

Copia del documento di identità del minore e del/dei richiedente/i in corso di validità;

Copia dell'eventuale decreto di esercizio della responsabilità genitoriale, di nomina del tutore, curatore, ente affidatario;

Relazione sociale, se già in possesso.

Luogo e data _____

Firma del/dei richiedente/i:

Padre _____

Madre _____

Tutore/Curatore/Ente affidatario _____

AVVERTENZE: L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto