

*Esenzione dall'imposta di bollo  
ai sensi dell'art. 8, comma 3, della Tabella  
allegato B al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642*

ALL'ASSESSORATO SANITA'  
SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
SERVIZIO FAMIGLIA E POLITICHE GIOVANILI  
VIA DE TILLIER, N. 30  
11100 AOSTA

La/il/i Sig.ra/Sig./Sigg.ri

(COGNOME)..... (NOME) .....  
(LUOGO DI NASCITA) ..... (PROVINCIA) .....  
(DATA DI NASCITA) .....  
(CODICE FISCALE).....  
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ. ) ..... (COMUNE DI RESIDENZA).....  
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....  
(N. DI TELEFONO) .....

in qualità di *(da compilare nel caso in cui la domanda non sia presentata dal diretto interessato)*:

familiare     curatore (allegare atto di nomina del tribunale)     amministratore di sostegno (allegare atto di nomina del tribunale)     tutore (allegare atto di nomina del tribunale)     altra persona (conoscente, vicino di casa, amico, ecc.)

## CHIEDE

di ottenere la concessione ai sensi **dell'art. 18 - della l.r. 23.07.2010, n. 23, degli assegni di cura per assistenza alternativa all'istituzionalizzazione**

per se stesso  
 per la/il/i Sig.ra/Sig/Sigg.ri.....

(COGNOME)..... (NOME) .....  
(LUOGO DI NASCITA) ..... (PROVINCIA) .....  
(DATA DI NASCITA) .....  
(CODICE FISCALE).....  
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ. ) ..... (COMUNE DI RESIDENZA).....  
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....  
(N. DI TELEFONO) .....

(COGNOME)..... (NOME) .....  
(LUOGO DI NASCITA) ..... (PROVINCIA) .....  
(DATA DI NASCITA) .....  
(CODICE FISCALE).....  
(RESIDENTE IN VIA, FRAZ. ) ..... (COMUNE DI RESIDENZA).....  
(DOMICILIO, SE DIVERSO DALLA RESIDENZA, VIA, FRAZ. COMUNE).....  
(N. DI TELEFONO) .....

**RICHIESTE CHE L' ASSEGNO DI CURA SIA EROGATO PER RICONOSCERE  
IL LAVORO GARANTITO DA FAMIGLIE ANCHE NON LEGATE DA VINCOLI DI  
PARENTELA MA CON RELAZIONI DI FIDUCIA CON L'ASSISTITO**

A tal fine dichiara che esiste una relazione di fiducia tra la/il/i Sig.ra/Sig./Sigg.ri:

.....  
e il beneficiario dell'intervento.

Il responsabile dell'assistenza è la/il Sig.ra/Sig. (nome, cognome, data e luogo di nascita,  
residenza)

.....  
.....

**DICHIARA**

*(ai sensi della L.R. 2/7/1999 n. 18 art. 35 e del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 artt. 46 e 47)*

**consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, ai sensi dell'art. 45 della l.r. 2/7/1999, n. 18 e dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445**

- per se stesso     per conto del beneficiario del progetto:
- di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da almeno due anni;
- di essere residente in un Comune della Valle d'Aosta da meno di due anni, ma di esserlo stato in passato in modo continuativo per un periodo non inferiore a cinque anni nel/i Comune/i di .....

\*\*\*\*\*

**di percepire :**

- |  |         |       |
|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> rendita INAIL   | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di accompagnamento                                      | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione di invalidità  | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> maggiorazione sulla pensione di invalidità                      | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> accompagnamento per ciechi                                      | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> indennità di comunicazione (per sordomuti)                      | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> speciale Indennità per non vedenti                              | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di frequenza  | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> assegno di assistenza   | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione sociale (PS)   | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> pensione di guerra  | € ..... | annui |
| <input type="checkbox"/> qualsiasi altra rendita (specificare importo e tipologia) ..... | € ..... | annui |
- di aver presentato in data ..... domanda volta ad ottenere la concessione del beneficio relativo a : .....

\*\*\*\*\*

- che il proprio nucleo anagrafico contribuisce al pagamento della retta per l'inserimento della/del Sig.ra/Sig. ....  
presso (precisare il nome della struttura ospitante e l'ubicazione) .....  
.....  
per un importo mensile pari ad € .....  
in qualità di (precisare il legame familiare) .....

**Che qualora si siano verificate o si verifichino in futuro sostanziali variazioni anagrafiche e/o economiche che comportino un aumento dell'IRSEE, il/i beneficiario/i dell'intervento o il firmatario della presente istanza è tenuto a darne immediata comunicazione, all'Ufficio sviluppo servizio sociale e assistenza del Servizio famiglia e politiche giovanili dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali.**

**Allega:**

- Dichiarazione sostitutiva unica (DSU) del nucleo anagrafico di appartenenza del beneficiario del progetto di assistenza (*firmata in originale o in copia conforme all'originale qualora non sia già stata presentata presso l'Amministrazione regionale, comuni, o comunità montane*);
- Dichiarazione di impegno ad assumere la responsabilità dell'assistenza (resa dalla persona sopraccitata);
- Autocertificazione attestante la distanza con l'abitazione del beneficiario del progetto assistenziale (resa dalla persona sopraccitata);
- dichiarazione attestante l'esclusività del rapporto assistenziale (resa dalla persona sopraccitata).

Data .....

Firma.....

**N.B.:** qualora la firma sia stata apposta da terza persona poiché l'interessato è per ragioni di salute impossibilitato a firmare, l'identità del dichiarante deve essere accertata dal funzionario incaricato ad accogliere la presente istanza come di seguito indicato:

**AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA**

Ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, si attesta che

La/il

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

identificato mediante \_\_\_\_\_ ha qui sopra apposto la Sua firma in presenza dell'autenticante, previa ammonizione del predetto sulle sanzioni penali, ai sensi dell'art. 39 della legge regionale 06.08.2007, n. 19 e dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità

Data \_\_\_\_\_

**Il funzionario incaricato** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**L'Assistente sociale competente per territorio allega:**

- Parere dell'UVMD sulla non autosufficienza del beneficiario e sul progetto elaborato in suo favore
- Progetto assistenziale
- Parere sui tempi di recupero e sulla necessità di assistenza individualizzata rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Pubblico (solo nel caso di assistenza domiciliare temporanea per degenza post-operatoria, traumi ecc., o di inserimento a tempo determinato in strutture pubbliche tipo:  Hospice  RSA  UAP  Ospedale  Struttura riabilitativa)

