

**Al Distretto Socio Sanitario di
RIBERA**

Istanza per l'accesso al beneficio di forme di assistenza a mezzo erogazioni di servizi territoriali –
Persone in condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92

Soggetto Richiedente

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____ e residente a
_____ in via _____
telefono _____

In qualità di Familiare o di Rappresentante legale del beneficiario

sig. _____ nato a _____
il _____ codice fiscale _____ e residente a
_____ in via _____
telefono _____

CHIEDE

l'accesso al beneficio di cui in oggetto, previa verifica da parte dell'Unità di valutazione Multidimensionale (socio-sanitarie) che dovrà accertare la sussistenza delle condizioni di dipendenza vitale e del grado di non autosufficienza, previa sottoscrizione del patto di servizio in favore del soggetto beneficiario sopra generalizzato.

Allega alla presente istanza:

- Copia della certificazione di riconoscimento della disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3, della Legge n. 104/92;
- Certificazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale della persona disabile;
- Fotocopia del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale del richiedente se delegato o rappresentante legale del beneficiario.

Ribera, li _____

FIRMA
