

Al Comune di _____

Servizi sociali

ISTANZA
PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI
DISABILITA' GRAVISSIMA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
_____ il ____/____/____ e residente a _____ in via
_____ n. _____ Tel. _____, Cell.
_____.

CHIEDE

In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il
Sig. _____ nato a _____

il ____/____/____, e residente a _____ in Via _____ n. _____

in condizione di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico progetto che
verrà presentato al competente Assessorato Regionale, come previsto dal D.A.n. 92 del 23/01/2015.

Allega alla presente istanza:

- Certificato del medico di medicina generale attstante le patologie riconducibili ai disabili gravissimi come
da nota del Dipartimento Regionale della Famiglia che risultano essere le seguenti:

Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.

**Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di
comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.**

Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome".

Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.

Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.

**Pazienti affetti da malattia organica, irreversibile, associata disturbi del comportamento tali
da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.**

- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) del disabile ,ai sensi del DPCM n. n. 159/2014 e
succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF) di tutti i soggetti indicati nel
superiore prospetto.

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

FIRMA
