MODULO RICHIESTA BENEFICI LEGGE 104/92

l sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. () il
_____ codice fiscale _____ cell.
_____ e-mail _____ e residente a _____
prov. () in via/cortile/piazza _____ n. _____ qualifica rivestita
_____ con contratto a T.D. / T.I.

CHIEDE

Il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza al proprio familiare disabile in situazione di gravità.

Il dichiarante, è consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di Documentazione Amministrativa, inoltre, qualora dai controlli previsti dall'articolo 71 dello stesso D.P.R. 28/12/2000 n. 445, emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, è prevista, ai sensi dell'articolo 75 del predetto D.P.R., la decadenza dai benefici conseguiti.

A TAL FINE DICHIARA CHE L'ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ nato il _____
a _____ prov _____, residente a _____
prov. () in via/cortile/piazza _____ n. _____, prov _____ Cap _____
avente con il sottoscritto il seguente rapporto di parentela:

- Genitore
- Figlio/a
- Coniuge
- Convivente
- Altro parente o affine entro il II grado (specificare) _____
- Altro parente o affine entro il III grado (specificare) _____
- Altra condizione prevista dalle norme (specificare) _____

e che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela /affinità:

non è coniugato;

- è vedovo/a;
- è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età;
- è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante;
- è separato legalmente o divorziato;
- è coniugato ma in situazione di abbandono;
- ha uno o entrambi i genitori deceduti, o ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età;
- ha uno o entrambi genitori affetti da patologia invalidante;

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- il familiare disabile è ricoverato in coma vigile e/o situazione terminale;

- il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate;
- ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare;
- ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine;
- il familiare disabile è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti (specificare cognome e nome, grado di parentela/affinità e la specifica condizione di cui sopra:

- Di essere/non essere l'unico soggetto che ha chiesto di fruire dei 3 giorni di permesso retribuito mensile (usufruibile anche ad ore per un monte ore massimo pari a 18 mensili personale ATA) per l'assistenza del sig./ra _____ con disabilità grave;
- È consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell'impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- È consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Si dichiara inoltre che i benefici sono usufruiti in modo esclusivo condiviso

In caso di condivisione indicare il grado di parentela dei familiari rispetto all'assistito:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Allega a tal fine la seguente documentazione:

- copia del verbale definitivo/provvisorio della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza (in caso di verbale provvisorio il sottoscritto si impegna a produrre il definitivo non appena conseguito);
- dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave – ovvero del suo tutore legale, curatore o amministratore di sostegno (allegare copia del decreto di nomina) – nella quale viene indicato il familiare che debba prestare l'assistenza prevista dai termini di legge.
- nei casi previsti, provvedimento da cui risulti lo stato giuridico di divorzio o di separazione.
- Fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- Fotocopia carta di identità e codice fiscale del beneficiario;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati da questa Amministrazione esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere, l'Amministrazione non potrà definire la pratica e concedere i permessi. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre Amministrazioni Pubbliche qualora vengano richiesti per il trattamento di procedimenti di propria

competenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

Qualora da un controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante, decade dai benefici (permessi retribuiti) eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445).

Luogo e data

In Fede

DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE

Il/La sottoscrit _____ nat _____
a _____ prov. () il _____, residente
a _____ prov. _____ Via _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni
non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
 - (*in alternativa*) di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
 - di non essere ricoverato a tempo pieno;
 - di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
 - (*in alternativa*) di non prestare attività lavorativa;
 - di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
 - di voler essere assistito soltanto dal/la sig./ra _____ nata a _____ prov. _____ il _____
- C.F. _____ e residente in _____
-

FIRMA