



ALLEGATO "2"

**CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ANNO 2015 MINORI AFFETTI DA MALATTIA RARA E
DISABILITA' GRAVISSIMA**

Deliberazione di G. R. n. 391 del 20 maggio 2015 modificata e integrata con D.G.R. n. 479 del 24/06/2015

ISTANZA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO

**Spett.le
REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL
WELFARE
VIALE BOVIO, 425
65121 PESCARA**

OGGETTO: **ISTANZA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO ECONOMICO.**

IL/La sottoscritto/a _____
Codice fiscale n. _____ con la presente inoltra formale istanza di contributo economico per l'anno 2015 in favore di genitori conviventi inoccupati o disoccupati, residenti nella Regione Abruzzo che hanno nel proprio nucleo familiare soggetti in età pediatrica affetti da malattie rare, croniche, gravi ed invalidanti come definite dall'Allegato 1 del Decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279, che comportino una disabilità gravissima, Articolo 3 del Decreto Interministeriale 7 maggio 2014, recante "Fondo nazionale per la non autosufficienza - Riparto 2014" e che necessitano di una elevata intensità assistenziale, cure tempestive, intensive e continue da parte dei familiari stessi.
A tal fine, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, i propri dati anagrafici:

COGNOME	
NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA: INDIRIZZO	
CAP	
COMUNE	
PROVINCIA	
RECAPITI TELEFONICI	

DICHIARA INOLTRE:

1. DI ESSERE INOCCUPATO/A DISOCCUPATO/A
(barrare con una x la propria condizione occupazionale)



ALLEGATO "2"

2. DI ESSERE IMPEGNATO/A IN SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA DEL/DEI SEGUENTI FAMILIARI MINORI CONVIVENTI:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	INDIRIZZO

3. DI AVERE IL SEGUENTE REDDITO ISEE _____
(riferito all'ultima dichiarazione dei redditi e al nucleo familiare di appartenenza)

4. DI ESSERE: (barrare con una x la propria cittadinanza)

CITTADINO/A ITALIANA

CITTADINO/A DEL SEGUENTE STATO UE _____

IN QUANTO CITTADINO/A EXTRACOMUNITARIA, IN POSSESSO DEL PERMESSO DI SOGGIORNO CE PER I SOGGIORNANTI DI LUNGO PERIODO/DI DURATA NON INFERIORE A UN ANNO

5. CHE IL CONTRIBUTO ECONOMICO ASSEGNATO SARÀ UTILIZZATO ESCLUSIVAMENTE PER IL LAVORO DI CURA NEI CONFRONTI DEL MINORE ASSISTITO

AUTORIZZA

- l'Amministrazione Regionale ed ogni altro soggetto formalmente delegato ad effettuare tutte le indagini tecniche ed amministrative dagli stessi ritenute necessarie sia in fase di istruttoria che dopo l'eventuale concessione delle agevolazioni richieste e l'erogazione a saldo delle stesse, anche tramite sopralluoghi e/o acquisizione di documentazioni pertinenti aggiuntive rispetto a quelle espressamente previste dalla normativa;
- l'inserimento, l'elaborazione e la comunicazione a terzi delle informazioni contenute nella presente domanda e nei relativi allegati, con riferimento alle disposizioni del DLGS 196/03.

ALLA PRESENTE DOMANDA ALLEGA:

- 1) certificazione di malattia rara;
- 2) certificazione di disabilità gravissima;
- 3) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- 4) originale o copia conforme della dichiarazione reddito ISEE, in corso di validità;

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione venga in possesso in occasione dell'espletamento del presente procedimento vengono trattati nel rispetto del D.Lgs. 30-06-2003, nr. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(luogo e data) _____

Firma dell'istante
