

OGGETTO: Richiesta di assistenza in favore di persone in condizione di disabilità gravissima

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

residente a CASTELBUONO Via _____ n. _____

telefono _____, Cell. _____

Codice Fiscale _____

D I C H I A R A

- di assistere il disabile _____, in condizione di dipendenza vitale con gravi patologie cronico degenerative non reversibile che necessitano di assistenza continua, con grave rischio della loro incolumità vitale.

C H I E D E

di essere ammesso al servizio per l'assistenza in favore del/la sig/ra _____ in condizioni di disabilità gravissima che necessita a domicilio di assistenza continua H24 in quanto:

- () Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina;
- () Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perchè totalmente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente;
- () Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in sindrome";
- () Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24;
- () Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva;
- () Paziente affetto da malattia organica cronica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o altrui incolumità vitale.

Allega alla presente istanza:

- Copia documento di riconoscimento del soggetto richiedente il contributo
- Certificazione attestante lo stato di portatore di grave handicap rilasciata, ai sensi della legge n.104/92,
- Verbale della Commissione Invalidi Civili attestante l'invalidità al 100% con indennità di accompagnamento

Data _____

FIRMA
