

AL COMUNE DI _____

VIA _____

ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI MESSINA – DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI
BARCELLONA POZZO DI GOTTO

VIA SALVATORE CATTAFI N. 4

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Oggetto: richiesta Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili (8 novembre 2000, n.328 art.14, 21 maggio 1998, n.162 e legge regionale del 12 maggio 2010, n.11) mediante **TRASFERIMENTO MONETARIO** ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n.4 e del D.P. 532/2017 modificato con D.P. 545/2017.

Il/la sottoscritto/a.....nato/a il

Residente a nella via

Codice Fiscale Tel.

In qualità di :

CHIEDE

1) Che venga predisposto il Piano Assistenziale Individualizzato per persone disabili ai sensi delle leggi in oggetto

In suo favore

In favore del/la Sig./ra

Nato/a a il residente a

Via n. tel.

Codice fiscale:

Riconosciuta persona **"NON AUTOSUFFICIENTE"** disabile ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 104/92, beneficiario dell'indennità di accompagnamento.

2) Che il Piano Assistenziale Individualizzato destinato a favore del soggetto disabile Non Autosufficiente venga attuato mediante **TRASFERIMENTO MONETARIO**, ai sensi della legge regionale 1 marzo 2017, n.4;

Allega alla presente domanda:

- 1) Documento di riconoscimento;
- 2) Certificazione d'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980 n.18;
- 3) Certificazione di disabilità, ai sensi della legge 104/92, art.3, comma 3.
- 4) Patto di cura

Luogo e data

firma

.....

.....