

Oggetto: Dichiarazione per la concessione dei benefici ex L. 104/92 e successive modifiche e integrazioni.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

n. _____ tel. _____

dipendente dall'I.C. di Acquaro – Soriano Calabro in qualità di _____

consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni dichiara che le notizie fornite con la presente dichiarazione sono rispondenti al vero. (Art. 76 D.P.R. 445/2000 “*Norme penali - chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*”)

CHIEDE

di fruire dei benefici di cui all'art. 33 L. 104/92 e all'art. 42 D.lgs. 151/2001 come modificato dal D.lgs. 119/2011

Parente esistente in vita persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in via _____ n. _____

e domiciliato a _____ in via _____

_____ n. _____ il cui grado di parentela rispetto al

richiedente risulta essere _____

persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, accertato con verbale definitivo della ASP di _____ in data _____ (da allegare)

non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

non impegnato in attività lavorativa

ovvero

impegnato in attività lavorativa presso _____

non beneficiario a proprio titolo dei permessi di cui all'articolo 33 della Legge 104/92

ovvero

beneficiario a proprio titolo dei benefici di cui all'articolo 33 nella misura di:

due ore di permesso giornaliero

tre giorni di permesso mensile

Dichiarazione e composizione coabitativa della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo

(non compilare in caso di figli minori con disabilità ovvero solo nel caso di assenza dei genitori di minori)

Il sottoscritto dichiara

1. di assumere il ruolo e la connessa responsabilità di porsi quale punto di riferimento, pure in situazione alternativa, della gestione generale dell'intervento, curando la costante verifica della rispondenza ai bisogni dell'assistito;
2. di assumere la responsabilità relativa all'effettiva opera di assistenza prestata al parente persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo;

Inoltre dichiara che:

nessun soggetto convive con il parente persona con disabilità

la persona con disabilità convive con i seguenti soggetti (esclusi i familiari minori) per cui la composizione coabitativa presso cui dimora la persona con disabilità risulta essere:

Nome e Cognome	Data di Nascita	Rapporto di parentela (con il parente persona con disabilità)	Azienda

nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto

oppure

l'altro familiare beneficia dei permessi per la stessa persona con disabilità, alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due familiari (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro beneficiario)

3. il sottoscritto dichiara di non fruire del beneficio di cui alla Legge per altro soggetto persona con disabilità

ovvero

di fruire dalla data del _____ dei permessi di cui alla legge 104/1992 e ss.mm.ii. per il parente

_____ (nome e grado di parentela)

Dichiarazione di responsabilità per eventuali successive modifiche

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno della persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o
- molto elevato, presso istituti specializzati (pubblici o privati);

- la revisione del giudizio di necessità di sostegno elevato o molto elevato da parte della commissione medica ASP
- ovvero
- qualunque altra informazione o variazione che potrebbe comportare una modifica al beneficio di cui alla Legge 104/92 e successive modifiche e integrazioni.

Sottoscrizione delle dichiarazioni rese

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le agevolazioni, dichiara che le notizie fornite con il presente modulo rispondono al vero.

Dichiara di prendere atto degli articoli 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- “Le Amministrazioni sono tenute a effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive”;
- Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici”;
- “Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia”.

E, inoltre, di prendere atto che:

- L’Amministrazione, anche attraverso altri organi istituzionali, può avviare controlli idonei al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato dal dipendente.

Il/la sottoscritto/a autorizza l’Amministrazione al trattamento dei propri dati personali per finalità strettamente connesse con l’esecuzione della legge n. 104/1992.

Acquaro, _____

Firma
