

						
COMUNE DI LATINA	COMUNE DI SABAUDIA	COMUNE DI PONTINIA	COMUNE DI SERMONETA	COMUNE DI NORMA		
<b>DISTRETTO SOCIO SANITARIO LATINA 2 – Capofila COMUNE DI LATINA</b>						

**Autocertificazione – Dichiarazione sostitutiva di certificazione CONTRIBUTO DI CURA**  
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato /a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il / / residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 D.P.R. n.445/2000.

**DICHIARA**

in qualità di  beneficiario  delegato  ADS/Tutore

di aver utilizzato il contributo di cura della Disabilità Gravissima per un importo autorizzato in UVM pari a € \_\_\_\_\_ per il trimestre di \_\_\_\_\_, nelle seguenti modalità (elenco non esaustivo) e secondo quanto previsto dal Progetto di Assistenza Individualizzato:

- Fatture acquisto servizi assistenza sociale non residenziale di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Spese per centri diurni di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Laboratori di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Spese per attività sportive di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Spese per prestazioni socio – sanitarie (riabilitazione) di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Spese energia per utilizzo macchinari vitali di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Soggiorni vacanza di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Trasporto sociale (non mezzo proprio) di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Prodotti parafarmaceutici + prescrizione medica di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Contratto collaboratore familiare (o nulla osta INPS) + Polizza RCT di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Autorizzazione spese Giudice Tutelare di importo pari a € \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_

Totale dichiarato € \_\_\_\_\_ per cui si allegano i giustificativi relativi.

						
COMUNE DI LATINA	COMUNE DI SABAUDIA	COMUNE DI PONTINIA	COMUNE DI SERMONETA	COMUNE DI NORMA		
<b>DISTRETTO SOCIO SANITARIO LATINA 2 – Capofila COMUNE DI LATINA</b>						

Si dichiara che:

- Tali attività sono totalmente condivise con il case manager all'interno del PAI;
- Che non sono spese sanitarie;
- Che non sono oggetto di altra richiesta di contributi per altro intervento (divieto doppio finanziamento).

Si dichiara, inoltre, di consegnare la seguente documentazione:

- Attestazione ISEE e DSU;
- Verbale di invalidità eventualmente aggiornato;
- Verbale di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/1992;
- Altro \_\_\_\_\_

Luogo e data,

Firma del caregiver

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Casemanager \_\_\_\_\_