

Al Comune di \_\_\_\_\_

Servizi sociali

**ISTANZA**  
**PROGETTI ASSISTENZIALI PER PERSONE IN CONDIZIONE DI**  
**DISABILITA' GRAVISSIMA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_, Cell.  
\_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

In qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno che il  
Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in condizione di dipendenza vitale, venga valutato ai fini della predisposizione di uno specifico progetto che verrà presentato al competente Assessorato Regionale, come previsto dal D.A.n. 92 del 23/01/2015.

Allega alla presente istanza:

- Certificato del medico di medicina generale attstante le patologie riconducibili ai disabili gravissimi come da nota del Dipartimento Regionale della Famiglia che risultano essere le seguenti:

**Paziente con malattia cronica, irreversibile, totalmente dipendente, obbligato al letto e/o in carrozzina.**

**Paziente con demenza terminale che richieda assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, allettato e/o in carrozzina nonché incontinente.**

**Paziente in stato vegetativo o coma o "locked-in syndrome".**

**Paziente affetto da malattia neuro-muscolare e dipendenza ventilatoria per almeno 8 ore su 24.**

**Paziente con necessità di ventilazione meccanica, invasiva.**

**Pazienti affetti da malattia organica, irreversibile, associata a disturbi del comportamento tali da mettere a rischio la propria o l'altrui incolumità vitale.**

- Indicatore situazione economica equivalente (I.S.E.E.) del disabile ,ai sensi del DPCM n. n. 159/2014 e succ. modifiche ed integrazioni rilasciato da organismo abilitato (CAF) di tutti i soggetti indicati nel superiore prospetto.

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_