

**DOMANDA di ACCESSO ALLA MISURA  
RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI**  
ai sensi della Delibera di Giunta Regione Lombardia n.1152 / del 21/01/2019

Spett.le ATS di Brescia  
Dipartimento PIPSS  
Via Duca degli Abruzzi 15  
25124 Brescia

LA/IL SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza, \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

in Via/Piazza n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

cod. fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI:

**genitore** in possesso della responsabilità genitoriale (barrare una delle caselle sotto elencate):

congiunta con l'altro genitore che è informato e concorda in merito alla presente domanda

in via esclusiva

**tutore, curatore** (allegare copia del decreto del Tribunale)

**ente affidatario** (allegare copia del decreto del Tribunale)

**CHIEDE**

l'accesso alla misura **RESIDENZIALITA' MINORI DISABILI GRAVISSIMI** che sostiene l'accoglienza residenziale di minori in condizioni di gravissima disabilità, attraverso il

riconoscimento di un voucher giornaliero, spendibile presso RSD/CSS accreditate di Regione Lombardia, in possesso dei requisiti previsti per la stessa;

in favore del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso:  Maschio  Femmina

Codice Fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tessera Sanitaria N. \_\_\_\_\_

Possesso di invalidità civile:  SÌ  NO  In corso

Pediatra di Famiglia/MMG Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Specialisti di riferimento Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

---

**Eventuale frequenza scolastica:**

- Nido  Scuola dell'infanzia  Scuola Primaria  
 Scuola Secondaria di primo grado  Altro

**Se si tratta di una richiesta di ricovero di sollievo temporaneo, specificare il periodo richiesto** \_\_\_\_\_

Attualmente è **ricoverato**:  SÌ  NO

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ ( indicare data ricovero)

Operatore di riferimento \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

## NUCLEO FAMILIARE:

### PADRE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ ( Prov/Stato \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_  
Convivente con il minore:  SÌ  NO  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### MADRE :

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ ( Prov/Stato \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_  
Convivente con il minore:  SÌ  NO  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

### ALTRI FIGLI:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
Convivente con il minore  SÌ  NO  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
Convivente con il minore  SÌ  NO

Altre persone che aiutano nella gestione del minore: // NO // SI (specificare)

---

Il minore e/o la famiglia sono in carico ad **altri Servizi e/o Enti?**: // SI // NO

Se SI specificare quali:

Servizio \_\_\_\_\_ Nominativo Referente: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_ Nominativo Referente: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Servizio \_\_\_\_\_ Nominativo Referente: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Il minore beneficia di altre misure e/o sperimentazioni regionali (es: Misura B1, B2, sperimentazioni ex DGR n.3239/2012, ecc.): // NO // SI (specificare:

\_\_\_\_\_)

### **A TAL FINE DICHIARA DI**

- autorizzare l'ATS a condividere con tutti gli Enti preposti (quali ASST/Comune di residenza, eventuali Specialisti/Enti identificati nella presente domanda) le informazioni rese ai fini della processabilità della richiesta di accesso alla misura;
- essere consapevole/i delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, e che quanto contenuto nella presente domanda corrisponde al vero.

### **ALLEGA INOLTRE**

- Documentazione medica riferita al minore (es. documentazione rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero, di visita ambulatoriale, etc), se già in possesso;
- Copia del documento di identità del minore e del/dei richiedente/i in corso di validità;
- Copia dell'eventuale decreto di esercizio della responsabilità genitoriale, di nomina del tutore, curatore, ente affidatario;
- Relazione sociale, se già in possesso.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del/dei richiedente/i:

Padre

\_\_\_\_\_

Madre

\_\_\_\_\_

Tutore/Curatore/Ente affidatario \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:** L'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n. 445/2000). Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., si informa che i dati personali forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento in oggetto.