

MODELLO A : per persone maggiorenni (+ di 18 anni)

ISTRUZIONI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ACCERTAMENTO/AGGRAVAMENTO DI

- **INVALIDITÀ CIVILE** (comprende anche l'indennità di accompagnamento)
- **CECITÀ**
- **SORDOMUTISMO**
- **PERSONA HANDICAPPATA (Legge 104/92)**
- **PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO (Legge 68/99)**

Compilare tutte le parti del Modello "A" in stampatello – non a matita – e indicare con una X il quadratino corrispondente alla domanda che si vuole presentare.

Con lo stesso Modello è possibile chiedere contemporaneamente anche i benefici della Legge 104/92 (mettere una X sul quadratino "persona handicappata").

L'interessato deve firmare in fondo a destra: la firma deve essere leggibile e in originale; se è impossibilitato a firmare, rivolgersi in segreteria.

Allegare **la fotocopia di un documento di identità valido**.

CERTIFICATO MEDICO (*non serve per la domanda di persona disabile ai fini dell'inserimento lavorativo – Legge 68/99 : basta allegare alla domanda una copia del verbale di invalidità*).

Il certificato medico deve essere **in originale** (non fotocopia), leggibile **e di recente data**.

Può essere usato il modello già predisposto, oppure qualsiasi altro certificato, purché timbrato e firmato dal medico.

_____ , _____

All'Azienda per i Servizi Sanitari
n. _____ " _____ "
Commissione medica per l'accertamento degli Stati di
Invalidità Civile, delle Condizioni Visive, del Sordomutismo
Via _____
_____ (UD)

Il/la sottoscritt _____ nat ____ a _____ (____)
il _____ e residente in _____ (____)
via/piazza _____ n. ____ CAP _____
stato civile _____ professione _____
tessera sanitaria n. _____ tel. _____ e- mail _____

Codice fiscale

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

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della legge 24 dicembre 1993 n. 537 e del relativo regolamento, per il riconoscimento aggravamento dell'invalidità, quale:

- INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30 marzo 1971 n. 118 e successive modificazioni e integrazioni; indicare ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della legge 15 ottobre 1990 n. 295 se minorato psichico SI NO
- CIECO CIVILE - ai sensi della legge 27 maggio 1970 n. 382 e successive modificazioni integrazioni
- SORDOMUTO - ai sensi della legge 26 maggio 1970 n. 381 e successive modificazioni e integrazioni
- PERSONA HANDICAPPATA - ai sensi della legge 5 febbraio 1992 n. 104
- PERSONA DISABILE - ai sensi dell'art. 1 comma 4, L. 12 marzo 1999, n. 68 (ai soli fini dell'inserimento lavorativo)

(AVVERTENZE: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o della minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza al competente ufficio che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 48 e 76 del D.P.R 445/2000.

DICHIARA

- a) di essere nat ____ a _____ (____) il _____;
- b) di essere cittadino italiano o dell'Unione Europea
 cittadino extracomunitario, in possesso di permesso di soggiorno carta di soggiorno
- c) di essere residente in _____ via/piazza _____ n. _____;
- d) di essere domiciliato in _____ via/piazza _____
n _____ presso _____

e) che intende ricevere le comunicazioni presso la residenza il domicilio

f) dati del coniuge (solo se vivente)

Cognome e nome _____ nato a _____
_____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

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

g) che le infermità per le quali richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro. Ovvero dichiara che talune infermità hanno già ricevuto il riconoscimento come da allegati verbali, se disponibili, ovvero per le seguenti cause:

invalidità di guerra _____

invalidità di lavoro (INAIL) _____

invalidità di servizio _____

benefici erogati da Stati esteri _____

h) di essere iscritto nelle liste "speciali" di collocamento SI NO

i) di essere ricoverato in Istituto (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza) SI NO

se sì presso _____ dal _____

la retta è a totale carico di Ente pubblico SI NO

j) di essere informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento previsto dalla presente istanza.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione all'Ufficio Invalidi (*), comprese le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto.

Allega alla presente domanda (documenti necessari per l'avvio dell'istanza):

Fotocopia di un documento di identità _____

Fotocopia del permesso o carta di soggiorno se cittadino extracomunitario

La certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ dal dott. _____

Eventuale altra documentazione sanitaria _____

(Firma)

NOTA BENE

IL CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE NECESSARIAMENTE ALLA DOMANDA DEVE ESPRIMERE LA DIAGNOSI CON CHIAREZZA E PRECISIONE E DEVE CONTENERE:

1. per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive di cui all'art. 11 del D. L.vo 23 novembre 1988 n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
2. per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione;
3. la richiesta motivata del medico di visita domiciliare, qualora il/la richiedente non fosse trasportabile

(*) Ufficio _____ via _____ orari _____
_____ tel. _____

**IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (AI SENSI DELL'ART. 4
COMMA 1 E 2 DEL D.P.R. 28.02.2000, N. 445)**

- 1) LA DICHIARAZIONE DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE E' RACCOLTA DAL PUBBLICO
UFFICIALE PREVIO ACCERTAMENTO DELL'IDENTITA' DEL DICHIARANTE:

- 2) Il/la signor... _____ nat... a _____ il
_____ residente a _____ via
_____, (indicare il grado di parentela)
_____ del/la signor... _____ nat...
il _____ a _____ dichiara di voler presentare a nome e
nell'interesse di quest'ultim... istanza di accertamento di _____ essendo
l'interessat... temporaneamente impedit... a presentarla per ragioni connesse al suo stato di salute.

(luogo e data)

Il Dichiarante

Io sottoscritto _____ funzionario incaricato, attesto che la presente
dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal/la signor.... _____
_____ identificato _____
(indicare il tipo di documento di identità)
previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

(luogo e data)

Il Funzionario incaricato

CERTIFICATO MEDICO

PER IL RICONOSCIMENTO / AGGRAVAMENTO DELLE INVALIDITÀ

COGNOME E NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

DOMICILIO _____

ATTIVITA' LAVORATIVE PREGRESSE _____

OCCUPAZIONE ATTUALE _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA (evidenziando ricoveri ospedalieri)

E' titolare di rendite/indennizzi INAIL, da cause di servizio - pensione di guerra, pensione privilegiata, ecc.

Se si, specificare:

DIAGNOSI con dettagliata descrizione delle minorazioni o invalidità:

NECESSITA DI PROTESI O AUSILI (incontinenza, stomia, altro ...)

SI

NO

Se si, specificare:

N.B.: In caso di minorazioni sensoriali si prega di allegare documentazione probante relativa alla perdita uditiva e/o visiva.

1^ VISITA

AGGRAVAMENTO di precedente invalidità civile: Riconosciuta al _____ % in data _____

Motivazione clinica dell'aggravamento

N.B.. Per la valutazione dell'aggravamento (art. 11 D.L. 23-11-1988, n. 509) il certificato medico deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente.

SI CHIEDE VISITA DOMICILIARE (solo se persona non trasportabile)

note particolari _____

RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

Segnare per ciascuna attività la descrizione più appropriata

IGIENE PERSONALE

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non necessita di alcun aiuto per farsi il bagno (con spugna, doccia, in vasca). | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto solo per lavarsi una parte del corpo (ad es. il dorso o le gambe). | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto per lavarsi più di una parte del corpo o non può farsi il bagno. |
|--|--|--|

CURA DELLA PERSONA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vestirsi: prende i vestiti e li indossa senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Richiede aiuto per allacciarsi le scarpe o abbottonarsi. | <input type="checkbox"/> Viene aiutato per vestirsi in parte o completamente. |
|---|---|---|

FUNZIONI FISIOLOGICHE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si reca alla toilette, si pulisce e si aggiusta i vestiti senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Viene aiutato nel recarsi alla toilette, pulirsi, infilarsi i vestiti. | <input type="checkbox"/> Non è in grado di recarsi alla toilette. |
|---|---|---|

DEAMBULAZIONE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Si muove da solo dentro e fuori casa. | <input type="checkbox"/> Cammina solo con aiuto o appoggi fuori e dentro casa. | <input type="checkbox"/> Non è assolutamente in grado di camminare. |
|--|--|---|

CONTINENZA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> E' in grado di controllare gli sfinteri. | <input type="checkbox"/> Ha perdite occasionali. | <input type="checkbox"/> E' necessario usare il catetere o vi è incontinenza urinaria e/o fecale. |
|---|--|---|

ALIMENTAZIONE

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Si nutre da solo senza aiuto. | <input type="checkbox"/> Si nutre da solo ma necessita di aiuto per tagliare la carne o versarsi da bere. | <input type="checkbox"/> Riceve aiuto nell'alimentarsi. |
|--|---|---|

- Specificare (se possibile) l'eventuale esistenza di barriere architettoniche a domicilio (es. scalini, inadeguatezza dei servizi igienici, possibilità di movimento di eventuali carrozzelle).

Altro _____

Il presente atto è stato compilato in ogni sua parte a richiesta dell'interessato e a fini assistenziali.

IL MEDICO

Data _____

(timbro e firma)