

# ISTANZA PER CHIEDERE L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE

Raccomandata A/R

- Egr. Direttore generale  
Azienda sanitaria locale.....

Raccomandata A/R

- Egr. Sindaco/Assessore servizi socio-assistenziali  
.....  
*in alternativa (ove previsto) inviare al Presidente del  
Consorzio intercomunale socioassistenziale*

e per conoscenza:

- Fondazione promozione sociale onlus  
Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti  
Via Artisti 36, 10124 Torino

Il/La sottoscritto/a..... residente in.....  
in qualità di tutore/genitore di..... nato/a  
a..... il..... residente in.....  
persona con handicap intellettuale riconosciuto in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3,  
della legge 104/1992, in relazione alla situazione di gravità che determina priorità negli interventi dei  
servizi pubblici, nonché considerato che:

- le prestazioni individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sui Lea (Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria) annoverano anche «l'assistenza territoriale residenziale» comprendente «le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi»;
- le suddette prestazioni sono pienamente esigibili ai sensi dell'articolo 54 della legge 289/2002 e del 2° comma, lettera m dell'articolo 117 della Costituzione;
- detta esigibilità è confermata dalla Risoluzione n. 8-00191 approvata all'unanimità dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati l'11 luglio 2012 e dalle sentenze del Tar della Lombardia n. 784 e 785/2011,

**chiede** l'inserimento residenziale (v. nota 1) del suo tutelato/figlio (v. nota 2)  
..... in una comunità alloggio, con  
decorrenza dal..... (v. nota 3)

Per quanto concerne la retta alberghiera a carico del ricoverato precisa che in base a quanto disposto dall'articolo 25 della legge 328/2000 e dei decreti legislativi 109/1998 e 130/2000, l'importo deve essere determinato esclusivamente con riferimento alla situazione economica personale dell'utente, dedotta una quota mensile per le sue piccole spese personali.

Al riguardo segnala che il/la sig./ra ..... percepisce:

- la pensione di invalidità, ammontante ad euro ..... mensili, per 13 mensilità;
- l'indennità di accompagnamento (euro.....)
- è proprietario dei seguenti beni immobiliari.....(v. nota 4)
- è in possesso dei seguenti beni mobiliari.....(v. nota 4)
- altro..... (v. nota 4)

Il/La sottoscritto/a si impegna a garantire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale, compatibilmente con i propri impegni familiari.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi e per gli effetti della legge 241/1990, attende una risposta scritta.

Distinti saluti.

[luogo..... data.....]

In fede [firma]\_\_\_\_\_

## Note

1) Specificare se si tratta di inserimento di sollievo, temporaneo, fine settimana o definitivo.

2) Precisare sinteticamente le motivazioni che determinano il bisogno.

3) Se non sono disponibili comunità alloggio parafamiliari (massimo 10 posti letto), occorre richiedere l'accoglienza residenziale presso una struttura di ricovero tradizionale.

4) Le norme vigenti prevedono le seguenti franchigie: a) per la casa di abitazione in cui il soggetto ha la residenza prima del ricovero l'importo è di euro € 51.645,68 calcolato in base ai dati catastali; b) per i beni mobili (azioni, obbligazioni, titoli di Stato, ecc.) l'importo è di euro 15.493,70.