

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**

**MODELLO DI ISTANZA PER L'AGGIORNAMENTO DELLA RICHIESTA DI ASSEGNO DI
CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA DI AGGIORNAMENTO È PRESENTATA DAL DIRETTO
INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA DI AGGIORNAMENTO NON È PRESENTATA DAL DIRETTO
INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

familiare

Caregiver

...tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

..amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

....altro (specificare: _____)

In favore di: (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

- il RINNOVO dell'**Assegno di Cura** quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- il RINNOVO del **Contributo di cura** quale contributo economico per l'assistenza *caregiver* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- di modificare la modalità di erogazione da _____ a _____

DATI RIFERITI AL CAREGIVER

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov _____ il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____
Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____
Convivente: <input type="checkbox"/> si .. <input type="checkbox"/> no

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

[] Autocertificazione circa il permanere della condizione di disabilità gravissima che verrà verificato dalla Commissione di Valutazione Distrettuale Integrata (composta da personale del Distretto Socio-sanitario e della ASL),(Allegato n.1 al Modello di istanza);

[] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti; (Allegato n.1 al Modello di istanza);

[] Autocertificazione circa la presenza di componenti con disabilità (diversi dal richiedente) nel nucleo familiare dello stesso, (Allegato n.1 al Modello di istanza);

[] Autocertificazione circa il godimento di prestazioni socio-sanitarie da parte del richiedente, e quali(Allegato n.1 al Modello di istanza);

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informano i partecipanti al presente avviso che i propri dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e s.m.i. in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al

trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di aggiornamento del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data _____ Firma _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

**Allegato n. 1 al Modello per l'aggiornamento dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura
"Interventi in favore di persone con disabilità gravissima"
Distretto Socio-Sanitario RM 6.2**

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

beneficiario dell'istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone con disabilità gravissima

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

il permanere della condizione di disabilità gravissima e di essere consapevole che tale condizione verrà verificata dalla Commissione di Valutazione Distrettuale Integrata (composta da personale del Distretto Socio-sanitario e della ASL);

Che nel nucleo familiare sono presenti altri componenti con disabilità (diversi dal richiedente) e nello specifico indicare quali:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Che il soggetto beneficiario dell'intervento usufruisce già di prestazioni socio-sanitarie e nello specifico:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE SOCIOSANITARIA	AMMONTARE DELLA PRESTAZIONE (ORE/CONTRIBUTI....)

Luogo e data, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, autorizza il Comune a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare ai Servizi Sociali del Comune di Albano Laziale ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Allega, alla presente, la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e di eventuali cointestatari del conto;
- Fotocopia codice IBAN.

FIRMA
