

AL COMUNE DI _____

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

MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' 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 È PRESENTATA DAL 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 _____

In qualità di:

Caregiver

Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____) <input type="checkbox"/> altro (specificare: _____) <input checked="" type="checkbox"/> 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

- Assegnazione dell'**Assegno di Cura** quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia.
- Assegnazione del **Contributo di cura** quale contributo economico per l'assistenza fornita dal *caregiver* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- Contributo integrativo per persone affette da SLA.

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 sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, 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.
- di essere beneficiario di servizi e prestazioni sociali e sociosanitari di seguito indicati:
 - Nessun Servizio
 - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 13 e 18 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 19 e 24 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare tra le 25 e 30 ore settimanali
 - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali

- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori maggiori di euro 900,00
- 1 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 2 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 3 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 4 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 5 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- Frequenza di un laboratorio fino a 2 giorni settimanali
- Frequenza di un laboratorio oltre i 3 giorni settimanali

ALLEGA

certificazione medica, rilasciata dallo specialista di una struttura pubblica su apposito modello, che valuti e attesti la diagnosi di disabilità gravissima come specificato nella tabella riportata del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 (di cui al punto 1 Beneficiari del presente avviso),

Rilasciata dalla struttura _____
in data _____

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

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

Autocertificazione sul godimento di prestazioni socio-sanitarie da parte del richiedente, e quale tipologia (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);

Copia del verbale della Commissione Sanitaria che certifichi il riconoscimento del diritto all'accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18;

Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo

Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)

Attestazione **ISEE sociosanitario** ai sensi dell'art 7 secondo capoverso delle Linee Guida approvate dalla Giunta Regionale Lazio con DGR 430 del 28/06/2019, in corso di validità;

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 attivazione 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 di 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

[] 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 SOCIO-SANITARIA	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
