

AL COMUNE DI _____

DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO RM 6.2

**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 NON 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 _____
In qualità di:
 familiare
...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

.....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 il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

DATI RIFERITI AL FAMILIARE 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:si........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, 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.

ALLEGA

- Certificazione medica confermante la diagnosi rilasciata da _____
_____ in data _____ ;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti; (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*);
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Copia del verbale della Commissione Sanitaria che certifichi il riconoscimento del diritto all'accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18.
- Autocertificazione attestante la situazione familiare di cui al Punto B.2 della "Tabella criteri di valutazione" allegata all'Avviso, con riferimento alla presenza di componenti con disabilità (diversi dal richiedente);
- Autocertificazione attestante il godimento di prestazioni socio-sanitarie da parte del richiedente con riferimento al Punto B.4 della "Tabella criteri di valutazione" allegata all'Avviso;

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

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6.2

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Albano Laziale, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima", ai sensi della DGR n. 104/2017.

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 STATO DI FAMIGLIA

(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

Luogo e data, _____

Firma
