

**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'AGGIORNAMENTO DELLA RICHIESTA DI ASSEGNO DI  
CURA/CONTRIBUTO DI CURA****DA COMPILARE SE LA DOMANDA DI AGGIORNAMENTO 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 DI AGGIORNAMENTO 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:	
<input type="checkbox"/> 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' Assegnazione 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 dell' 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).

di modificare la modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

#### 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: ... <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

---