

Modello A1

Al Comune di _____

Del Distretto Socio-Sanitario RM 6.4

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI 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
<input type="checkbox"/> Tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
<input type="checkbox"/> 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, 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, rilasciata dallo specialista di una struttura pubblica che ha in carico l'utente che confermi il permanere della condizione di disabilità gravissima ai sensi del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 (di cui al punto 1 Beneficiari del presente avviso)
 rilasciata _____ in data _____ ;

- documento d'identità in corso di validità del beneficiario del contributo,
- documento d'identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
- attestazione ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 7 secondo capoverso delle Linee Guida approvate dalla Giunta Regionale Lazio con DGR 430 DEL 28/06/2019;
- Autocertificazione del 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);
- Autocertificazione dello stato di famiglia 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 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).

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per l'aggiornamento della richiesta per l'Assegno di cura/Contributo di cura
"Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima"
Distretto Socio-Sanitario RM 6.4**

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 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 Decreto Legislativo.

DICHIARA

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 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), nello specifico:

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/contribuiti)

Luogo e data, _____

Firma
