



INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZION DI DISABILITA' GRAVISSIMA MODELLO DOMANDA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO / INTERESSATO

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
TELEFONO	C.F.		
EMAIL			
COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
DOMICILIO (SE DIVERSO DA RESIDENZA) NEL COMUNE DI			
INDIRIZZO	N.	CAP	

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO / INTERESSATO

COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
C.F.			
TELEFONO	EMAIL		
IN QUALITA' DI:	FAMILIARE CONVIVENTE	FAMILIARE NON CONVIVENTE	
TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI		N.	DEL
AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI		N.	DEL
ALTRO (SPECIFICARE)			

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;

OPPURE

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) come di seguito indicato:

QUADRO C) CAREGIVER FAMILIARE			
COGNOME	NOME		
NATO A	PROV.	IL	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		
TELEFONO	EMAIL		
C.F.			
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO			
DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DA RESIDENZA):			
COMUNE DI	PROV.	CAP.	
INDIRIZZO	N.		

DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DPR 445/2000

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 INOLTRE:

- 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 da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 (v. anche par. 1 del presente avviso) e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;

[] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

[] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*);

[] Copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità.

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - REGOLAMENTO U.E. 679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 - DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Il sottoscritto in qualità di firmatario della presente richiesta è informato/a che i dati personali, sensibili e giudiziari di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Disabilità Gravissima", acconsente al trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, consapevole che non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.

In osservanza della vigente normativa sulla Privacy, si garantisce la massima riservatezza riguardo i dati personali acquisiti, ai dati sensibili acquisiti ai sensi dell'art.9 ed ai dati giudiziari acquisiti ai sensi dell'art.10 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali – Regolamento U.E. 679/2016 e ss. mm. ii.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Monterotondo in qualità di Comune Capofila del distretto RM5.1
Il Responsabile del Trattamento dei Dati Personali per le finalità suindicate è il Responsabile del Servizio Politiche Sociali del Comune di Monterotondo, Marco Montanari

DATA

Firma del richiedente
