

**Alla Segreteria del Piano Sociale di Zona
Distretto Socio-Sanitario RM 5.1
Piazza Frammartino, 4
00015 MONTEROTONDO (RM)**

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE
DI DISABILITA' GRAVISSIMA**

(D.G.R. n.104/2017 - Determina Dirigenziale n.329 del 29/05/2019)

**MODELLO DOMANDA PER L'ASSEGNO DI
CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ N _____

C.A.P. _____.

Da compilare se la domanda non è presentata dal diretto interessato/ beneficiario:

Il /La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____.

in qualità di:

familiare

tutore (Decreto del Tribunale _____ n° _____)

Amministratore di Sostegno (Decreto del Tribunale _____
n° _____)

altro _____

convivente si / no

in favore di (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

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:

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____

prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. _____ e- mail _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela (*rispetto al beneficiario*)

Convivente: sì 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 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.

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs.n. 96/2003 e s.m.i., il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "*Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima*".

Firma del richiedente

Luogo e data _____