

Al Comune di _____

Allegato 1

Distretto Socio-Sanitario RM 6.1

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 È 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. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È 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. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

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. _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

(barrare la tipologia richiesta)

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. _____

Convivente: [] sì [] no

Codice fiscale _____
Grado di parentela (<i>rispetto al beneficiario</i>) _____
Convivente: <input type="checkbox"/> sì <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, non ch  della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione del l'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilit  richiesti.

Dichiara altres :

- che il beneficiario non   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 redatta secondo una delle allegate schede all'istanza di partecipazione (da 1A a 1H e/o Allegato 2 confermando la diagnosi rilasciata da _____ in data _____

Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (secondo il modulo *Allegato n. 1* al Modello di istanza)

Documento di identit  in corso di validit  del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*)

Documento di identit  in corso di validit  del beneficiario del contributo

Attestazione ISEE in corso di validit 

autocertificazione dei servizi attivi.

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi UE n. 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 come aggiornato dal D.Lgs. n. 101/2018 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 affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/ 2017" e consapevole che il Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Grottaferrata, Capofila del Distretto Socio-Sanitario RM 6.1, nella persona del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Allegato n. 1 al Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima Distretto Socio-Sanitario RM6/1

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 affette da 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

