*    * ******

***Nemi Lanuvio Genzano di Roma Castel Gandolfo Ariccia Albano Laziale***

 ***Capofila***



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2**

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODELLO “A1”** **PER LA RICHIESTA DI ACCESSO O RINNOVO DI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI - CON DISABILITÀ - MINORI RESIDENTI NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO RM 6.2.**

|  |
| --- |
| *IL/LA SOTTOSCRITT\_ NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NAT\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**RESIDENTE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. (\_\_\_\_) VIA/PIAZZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**N°CIVICO\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DOMICILIAT\_ IN (****SOLO SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA****) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *PROV. (\_\_\_\_) VIA / PIAZZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°CIVICO\_\_\_\_\_* *CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**CHIEDE**

|  |
| --- |
| ❑ PER SÉ STESSO❑IN FAVORE DI *NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *NAT\_ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)* *IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESIDENTE IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)**VIA/ PIAZZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° CIVICO \_\_\_\_\_\_\_**DOMICILIAT\_ IN (SOLO SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PROV (\_\_\_\_) VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°CIVICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*❑IN QUALITÀ DI FAMILIARE POICHÉ IL SOGGETTO DESTINATARIO È IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE LA RICHIESTA (MOTIVARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑ IN QUALITÀ DI GENITORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE❑ IN QUALITÀ DI TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(DECRETO TRIBUNALE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

❑ **DI POTER ACCEDERE AL SEGUENTE SERVIZIO**

 ❑ **DI RINNOVO DEL SEGUENTE SERVIZIO**

|  |
| --- |
| ❑ **ADI - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**❑**ASSISTENZA DOMICILIARE AI SENSI DELLA L. 162/98** *GESTITA IN FORMA DIRETTA*❑**ASSISTENZA DOMICILIARE AI SENSI DELLA L. 162/98** *GESTITA IN FORMA INDIRETTA*❑ **ADEM - ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI** **DICHIARA CHE** IL RICHIEDENTE HA UN’ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ PARI A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA** (ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE IN FUNZIONE DELLA PRESTAZIONE RICHIESTA)  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.):** |
|  | AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA  |
|  | CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA MALATTIA O L’INVALIDITÀ CHE COMPORTA LA PARZIALE O TOTALE PERDITA DELL’AUTOSUFFICIENZA DELLA PERSONA ANZIANA E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI RILASCIATE DALLA ASL ROMA 6 IN CASO DI AGGIORNAMENTI. |
|  | FOTOCOPIA DEL VERBALE DELLA COMMISSIONE PER L’ACCERTAMENTO DELL’INVALIDITÀ (SE INVALIDO CIVILE); |
|  | FOTOCOPIA DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ (LEGGE 104/92), SE IN POSSESSO; |
|  | DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA E DEL RICHIEDENTE SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ASSISTENZA DOMICILIARE DISTRETTUALE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE- LEGGE 162/1998**  |
|  | AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA |
|  | CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA CONDIZIONE DI HANDICAP AI SENSI DELLA LEGGE N. 104/1992 E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI RILASCIATE DALLA ASL ROMA 6 IN CASO DI AGGIORNAMENTI DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ |
|  | DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL BENEFICIARIO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA O DEL RICHIEDENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA (SE DIVERSO DAL BENEFICIARIO) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI (A.D.E.M.)** |
|  | AUTOCERTIFICAZIONE DELLE GENERALITÀ DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA |
|  | CERTIFICAZIONE DI DISAGIO PSICO-FISICO E/O SOCIO-AMBIENTALE RILASCIATO DAL SERVIZIO TSMREE DELLA ASL ROMA 6 E FOTOCOPIA DI ULTERIORI CERTIFICAZIONI IN CASO DI AGGIORNAMENTI DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ |
|  | FOTOCOPIA DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE IL RICONOSCIMENTO DELLA DISABILITÀ (LEGGE 104/92), SE IN POSSESSO  |
|  | DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL GENITORE RICHIEDENTE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE EDUCATIVA MINORI INTEGRATA  |

*SI AUTORIZZA IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LE FINALITÀ CONNESSE ALL’ISTRUTTORIA ED ALLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE IN BASE ALL’ART. 13 DEL*[*D.LGS 196/2003*](https://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/Testi/03196dl.htm)*E ALL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE (GDPR)*

LI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_