

E AL COMUNE DI _____

p.c. All'Ufficio di Piano del Distretto Sociosanitario RM 6.2

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, D.G.R. n. 897/2021 e D.G.R. n. 658/2013)**

**RICHIESTA DEL SERVIZIO
ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA/ASSISTENZA
DOMICILIARE**

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

IN QUALITÀ DI:

Caregiver Familiare

Grado di parentela (rispetto al beneficiario):

_____.

Convivente: sì no

Tutore (Decreto Tribunale di n. _____);

Altro (specificare: _____);

Il richiedente coincide con il beneficiario, come di seguito riportato:

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

Modello A2

- L'assegnazione dell'Assegno di Cura quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- L'assegnazione del Contributo di cura attraverso:
 - contratto al *Caregiver Familiare* (assistenza domiciliare diretta);
 - spese per l'acquisto di servizi;
- L'Assistenza domiciliare;
- Il rinnovo del Contributo integrativo per persone affette da SLA.

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.

AUTODICHIARA

di avere un'attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità pari a:
€ _____
.

DICHIARA ALTRESÌ:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria 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;
- di essere beneficiario di servizi e prestazioni sociali e sociosanitari di seguito indicati:
 - Nessun Servizio;
 - Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;
 - Assistenza domiciliare tra le 13 e 18 ore settimanali;
 - Assistenza domiciliare tra le 19 e 24 ore settimanali;
 - Assistenza domiciliare tra le 25 e 30 ore settimanali;
 - Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;
 - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;
 - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00;
 - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00;
 - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00;
 - HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori maggiori di euro 900,00;
 - 1 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale;
 - 2 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale;
 - 3 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale;
 - 4 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale;
 - 5 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale;
 - Frequenza di un laboratorio fino a 2 giorni settimanali;
 - Frequenza di un laboratorio oltre i 3 giorni settimanali.

Modello A2

- che, nel caso in cui tali servizi venissero attivati successivamente, si impegna a comunicare tempestivamente al PUA e/o al Servizio Sociale comunale;
- di essere a conoscenza che l'eventuale decurtazione del beneficio avrà comunque effetto a partire dalla data di attivazione del servizio medesimo;
- di impegnarsi a produrre tempestivamente l'ISEE 2025 e consegnarlo al Comune di residenza o al segretariato sociale distrettuale;
- per l'assegno di cura, rendicontare al Servizio Sociale del Comune di residenza, entro il 10 del mese successivo al periodo trimestrale di riferimento, le spese sostenute per il lavoro svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, di cui all'art. 51, del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81, validi come giustificativi di spesa;
- per il contributo di cura, nel caso in cui si sia scelto il "contratto al *Caregiver Familiare*", di trasmettere al Servizio Sociale del Comune di residenza la copia del contratto di lavoro del collaboratore familiare e di rendicontare allo stesso, entro il 10 del mese successivo al periodo trimestrale di riferimento, le spese sostenute per il lavoro svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, di cui all'art. 51, del D.Lgs. 15 giugno 2015, n. 81, validi come giustificativi di spesa;
- per il contributo di cura, nel caso in cui si sia scelto "spese per l'acquisto di servizi", di trasmettere al Servizio Sociale del Comune di residenza, entro il 10 del mese successivo cui si richiede il rimborso, i giustificativi di spesa relativi all'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (a titolo esemplificativo: spesa per servizi di inclusione sociale, centri diurni, laboratori, attività sportive, prestazioni sociosanitarie, ecc.).

ALLEGA

- copia del verbale della Commissione Sanitaria che certifichi il riconoscimento del diritto all'accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- documento di identità in corso di validità del richiedente se diverso dal beneficiario.
- certificazione medica, rilasciata dallo specialista di una struttura pubblica su apposito modello, che valuti e attesti la diagnosi di disabilità gravissima come specificato nella tabella riportata del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 di cui all'Avviso Pubblico.

Rilasciata dalla struttura

in data _____

CHIEDE

- che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

_____ Via/Piazza _____

_____ n. _____ Comune _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____

E-mail _____

COMUNICA

Che i dati relativi al conto corrente bancario per l'accredito del beneficio sono di seguito riportati:

Modello A2

Intestatario (cognome) _____ (nome) _____.

Eventuale Cointestatario: (cognome) _____ (nome) _____.

IBAN:

_____.

(non sono validi i libretti postali e si informa che sono stati riscontrati problemi ai fini dell'accredito anche con alcuni conti correnti cointestati)

Dati anagrafici di eventuale Cointestatario

(cognome) _____ (nome) _____ Nato/a

a _____ Prov. (____) il ____ / ____ / ____ Residente nel

Comune di _____ Prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____

Codice Fiscale _____.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 2016/679 (GDPR), autorizza il Comune a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare ai Servizi Sociali del Comune di Albano Laziale ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Allega, alla presente, la seguente documentazione:

- fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e di eventuali cointestatari del conto;
- fotocopia codice IBAN.

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 2016/679 (G.D.P.R.).

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 2016/679 (G.D.P.R.).

Data _____ Firma _____

Modello A2

Luogo e data, _____

FIRMA
