

**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 E' 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. _____/cell. _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
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. _____/cell. _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
Codice Fiscale _____
In qualità di:
<input type="checkbox"/> Familiare
<input type="checkbox"/> Caregiver
<input type="checkbox"/> 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. \_\_\_\_\_/cell. \_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### 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 l'assistenza fornita dal *caregiver* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

### DATI RIFERITI AL CAREGIVER

Il/La sottoscritto/a (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 \_\_\_\_\_

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 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 al punto 1 Beneficiari del presente avviso),

Rilasciata dalla struttura \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

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

Autocertificazione sulla presenza di componenti con disabilità (diversi dal richiedente) nel nucleo familiare dello stesso, (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);

Autocertificazione sul godimento di prestazioni socio-sanitarie da parte del richiedente, e quale tipologia (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);

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 del contributo

Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)

Attestazione ISEE sociosanitario ai sensi dell'art 7 secondo capoverso delle Linee Guida approvate dalla Giunta Regionale Lazio con DGR 430 del 28/06/2019, in corso di validità;

**CHIEDE**

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

## **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 679/2016 (GDPR).

## **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 679/2016 (GDPR).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura  
"Interventi in favore di persone con disabilità gravissima"  
Distretto Socio-Sanitario RM 6.2**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

(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 con 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

[ ] Che nel nucleo familiare sono presenti altri componenti con disabilità (diversi dal richiedente) e nello specifico indicare quali:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

[ ] Che il soggetto beneficiario dell'intervento usufruisce già di prestazioni socio-sanitarie e nello specifico:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE SOCIO-SANITARIA	AMMONTARE DELLA PRESTAZIONE ( ORE/CONTRIBUTI...)

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



Il/la sottoscritto/a, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, 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.

FIRMA

---