

AL COMUNE DI _____

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

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 897/2021)
RICHIESTA PER ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

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

In qualità di:

Caregiver

Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____

Convivente: si 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

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).

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 2024 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
- Che, nel caso in cui tali servizi venissero attivati successivamente all'attribuzione del contributo/assegno di cura, 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.

ALLEGA

Modello A2

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 _____

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

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 smi 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

Modello A2

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

Telefono/cellulare _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo E-mail _____

In qualità di:

- Beneficiario del contributo di cura
- Genitore/Tutore di _____
- Amministratore di Sostegno di sostegno di _____

Dati anagrafici del beneficiario *(in caso di compilazione da parte del caregiver/AdS)*:

(cognome) _____ (nome) _____

residente nel comune di _____ in via _____

Codice Fiscale _____

COMUNICA

Che i dati relativi al conto corrente bancario per l'accredito del contributo economico sono i seguenti:

- Intestatario: _____
- Eventuale Cointestatario: _____
- IBAN: _____

Dati anagrafici di eventuale cointestatario

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a _____ il _____

residente nel comune di _____ in via _____ n° _____

C.F.: _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (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.

FIRMA

