

Al Comune di \_\_\_\_\_

**INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI IN FAVORE DI DISABILI GRAVI E PERSONE ANZIANE  
NON AUTOSUFFICIENTI CON BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE  
(L.R. n. 20 del 23 novembre 2006 - Deliberazione della Giunta Regionale n. 658 del 20 ottobre 2023)**

**MODELLO DI ISTANZA (5 pagine oltre gli allegati)**

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. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

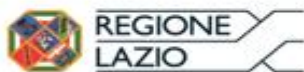
domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

# DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

in qualità di:

- familiare
- tutore (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- altro** (specificare: \_\_\_\_\_)

in favore di: (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)

\_\_\_\_\_

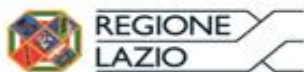
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

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

## CHIEDE

- Beneficio a carattere economico per l'acquisizione di servizi di assistenza domiciliare indiretta.
- Beneficio a carattere economico per l'acquisizione di servizi di sollievo: centri semiresidenziali e centri diurni.

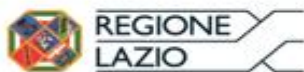


Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 / 2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo DPR in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità:

**DICHIARA**

**di beneficiare dei servizi socio assistenziali come di seguito indicati:**

<b>INDICARE CON UNA X I SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI COMPRESENTI RICONOSCIUTI ALL'UTENTE PER LA CONDIZIONE DI DISABILITÀ</b>
<input type="checkbox"/> Nessun servizio
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali <input type="checkbox"/> HCP (Home Care Premium) o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 300,00);
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 450,00); <input type="checkbox"/> 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 600,00); <input type="checkbox"/> 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 750,00); <input type="checkbox"/> 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 900,00); <input type="checkbox"/> 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> Frequenza di un laboratorio fino a 2 giorni settimanali
Compresenza di uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> Frequenza di un laboratorio Almeno 3 giorni settimanali



che il richiedente della prestazione è:

persona anziana non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave: ai fini esclusivamente del presente piano, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

### DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione e conoscenza 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;
- di impegnarsi, entro e non oltre la fine del mese di febbraio di ogni annualità, di rendere disponibile l'attestazione ISEE in corso di validità e trasmettere al protocollo del Comune capofila (a mano o per e-mail) la scheda di compresenza dei servizi attivi del beneficiario (modello reperibile sui siti comunali distrettuali);

### ALLEGA

- Attestazione ISEE socio sanitario e/o ristretto o DSU in corso di validità;
- Verbale INPS o INAIL attestante la condizione di non autosufficienza e/o disabilità grave e/o le caratteristiche previste dall'allegato 3 del DPCM 159 del 2013 e/o la percezione dell'indennità di accompagnamento;
- Permesso di soggiorno CE ai sensi del D. lgs. N 286/98 e s.m.i. per i cittadini di Stato non appartenente all'Unione Europea;
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo e di chi presenta la domanda
- Altra eventuale documentazione di interesse: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che le comunicazioni per la presente istanza siano trasmesse attraverso i recapiti:

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

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

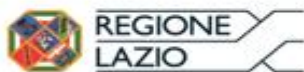
Comune di \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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

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

**Firma del dichiarante**

Segue firma per consenso dati personali.



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
ROMA 6

ASL RM 6

## INFORMATIVA PRIVACY

Si informa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati in modalità manuale e informatizzata, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia, saranno comunicati, come richiesto e/o previsto, ai singoli gestori che opereranno come responsabili per il trattamento connesso all'erogazione dei servizi di propria competenza (comuni di Marino e Ciampino) connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs 196/2003 oltre che opporsi al trattamento dei dati personali per motivi legittimi, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 6/3.

Titolare del trattamento dei dati, in qualità di Capofila del Distretto Socio-Sanitario, è il Comune di Marino.

I dati potranno essere elaborati mediante sistemi informatizzati allo scopo di effettuare verifiche finalizzate ad evitare sovrapposizioni di erogazioni di contributo tra canali di finanziamento previsti da altre Leggi nazionali o regionali.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/la sottoscritta, alla luce dell'informativa ricevuta, con la sottoscrizione del presente modulo, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sopra riportata, per le finalità di cui all'Avviso Pubblico Aperto per Interventi Socio-assistenziali in favore di persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e disabili gravi.

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

**Firma**

\_\_\_\_\_