

# DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Distretto Socio Sanitario 6.3

**Oggetto: SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI DISABILITA' GRAVISSIMA**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. Cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante legale di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel/ cell \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

**dichiara**

**di essere beneficiario o di essere in graduatoria nel progetto distrettuale "disabilità gravissima" e pertanto sotto la propria responsabilità dichiara:**

<b>INDICARE CON UNA X I SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI COMPRESI RISPETTO AL BENEFICIO RICONOSCIUTO ALL'UTENTE PER LA CONDIZIONE DI DISABILITA'</b>
<input type="checkbox"/> Nessun servizio
<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);
<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;
<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;

Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali;

HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (minori o uguali a € 750,00);

3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;

Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;

HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza (maggiori di € 900,00);

4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;

Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio

5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;

Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio

Si allega modello ISEE SOCIO SANITARIO

- Dichiaro ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, ~~di essere~~ consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui si può incorrere in caso di dichiarazioni false o mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, come previsto dall'art. 75 del DPR n. 445/2000;
- Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

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

Firma

\_\_\_\_\_

