

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RM 6

ASL RM 6

Al Comune di _____

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA
ai sensi del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n.897/2021
MODELLO DI ISTANZA RICHIESTA INTERVENTI**

QUADRO 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. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

QUADRO 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. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 6.3

Sistema integrato di interventi e servizi sociali



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
RM 6

Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

In qualità di:

familiare

tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

amministratore di sostegno (Dec. 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. _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

- L'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Il “Contributo di cura” quale contributo economico per il beneficiario che si avvale del caregiver familiare ai fini dell'attivazione delle prestazioni e dei servizi di cui la persona in condizione di disabilità necessita.

TUTTI I CONTRIBUTI SONO RICONOSCIUTI IN MODALITÀ A RIMBORSO, PREVIO RICONOSCIMENTO DELLE SPESE COME PREVISTE DAL PIANO PERSONALIZZATO ASSISTENZIALE



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

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:	
(Cognome) _____	(Nome) _____
nato a _____	prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____	prov. _____
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	
Grado di parentela (<i>rispetto al beneficiario</i>) _____	
Convivente: [] sì [] no	

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:

- di aver letto e compreso l'Avviso pubblico per gli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima
- 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;
- di impegnarsi entro e non oltre il 15 febbraio di ogni anno a dotarsi di Attestazione ISEE sociosanitaria o relativa DSU e a trasmettere, a mano o a mezzo e-mail attraverso il protocollo Comunale, la scheda aggiornata di compresenza dei servizi attivi sul beneficiario (reperibile presso il sito istituzionale dell'Ente)



Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

ALLEGA

- Copia del certificato di invalidità civile INPS che attesti il riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18;
- certificazione medica specialistica rilasciata da una struttura pubblica che attesti la diagnosi di disabilità gravissima come specificato nell'art. 3 comma 2 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 (in allegato);
- certificazione INPS attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104 del 1992;
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (*solo se diverso dal beneficiario del contributo*);
- Attestazione ISEE o DSU in corso di validità
- Informativa Privacy con consenso al trattamento dei dati firmata

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente