ATTIVAZIONE INTERVENTI DOMICILIARI ASSISTENZIALI E DI AIUTO PERSONALE IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA
MODULO DI DOMANDA
(D.G.R. Lazio n. 897/2021)

Al Protocollo comune di residenza
Distretto VT/2

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

Chiede di accedere

- ☐ *all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (personale qualificato);*
- ☐ *all'assegno di cura nella forma diretto, attraverso gli Organismi accreditati nei proprio territorio;*
- ☐ *al contributo di cura attraverso la figura del caregiver*

C_C816 - - 1 - 2022-02-04 - 0004070

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a_____

Codice Fiscale _____

in qualità di (barrare la casella):

□ familiare □ tutore □ amministratore di sostegno □ altro (specificare)_____

del Sig./Sig.ra_____

nato/a il _____ a_____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n._____

Tel. _____ Cell. _____Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____Tel. _____

(Il familiare dovrà presentarsi con delega dell'interessato corredata del documento di identità dello stesso)

Chiede di accedere

- ❑ *all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato (personale qualificato);*
- ❑ *all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- ❑ *al contributo di cura attraverso la figura del caregiver*

C_C816 - - 1 - 2022-02-04 - 0004070

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 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.
- Informato, ai sensi dell'Art 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dei Servizi Sociali del Comune.

Dichiara di essere in possesso dei seguenti benefici socio assistenziali:
(*barrare il beneficio di cui si usufruisce*)

- **Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima:**

□ Nessun Servizio;
□ Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;
□ HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;
□ Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;
□ HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00;
□ 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
□ Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali;
□ HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00;
□ 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 euro 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 euro 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.

Allega alla presente domanda:

1. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima. La certificazione medica deve essere redatta utilizzando le scala di misurazione come da Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e il relativo punteggio conseguito: (ALL.A)
2. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;
3. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
4. attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità;
5. copia del verbale di invalidità civile e copia del verbale Legge 104/92 art. 3 c.3;
6. estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (ALL.B)
7. copia di eventuale decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;

C_C816 - - 1 - 2022-02-04 - 0004070

Il/La richiedente AUTORIZZA all'accredito dell'eventuale contributo sul Conto corrente:

BANCA di _____

Codice IBAN del beneficiario (*in caso di minori inserire l'IBAN del genitore o di chi ha la responsabilità genitoriale del minore*)

(il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente)

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra_____

P.zza/Via _____ Comune _____ Prov. _____CAP_____

Tel._____ Cell. _____Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data _____/_____/_____

Firma

_____

C_C816 - - 1 - 2022-02-04 - 0004070