

**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 nel proprio territorio;*
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver*

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*

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 scale 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;

