

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZION DI DISABILITA' GRAVISSIMA
MODELLO DOMANDA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

NUOVA DOMANDA

UTENTE GIA' BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITA'

QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO / ASSISTITO

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
NATO A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
RESIDENTE NEL COMUNE DI	<input type="text"/>	IL	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		
COMUNE DI	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
DOMICILIO (SE DIVERSO DA RESIDENZA) NEL COMUNE DI	<input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO / ASSISTITO

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>
NATO A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
RESIDENTE NEL COMUNE DI	<input type="text"/>	IL	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>
C.F.	<input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>		
IN QUALITA' DI:	<input type="checkbox"/> FAMILIARE CONVIVENTE	<input type="checkbox"/> FAMILIARE NON CONVIVENTE	
<input type="checkbox"/> TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)	<input type="text"/>		

CHIEDE

Rimuovere filigrana ora

- Assegnazione dell'“**Assegno di cura**” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;

OPPURE

- Assegnazione del “**Contributo di Cura**” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato) come di seguito indicato:

QUADRO C) CAREGIVER FAMILIARE						
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>			
NATO A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>	IL	<input type="text"/>	
RESIDENTE NEL COMUNE DI	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	<input type="text"/>				N.	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	EMAIL	<input type="text"/>			
C.F.	<input type="text"/>					
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO	<input type="text"/>					
DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DA RESIDENZA):						
COMUNE DI	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> <input type="text"/>	CAP.	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	<input type="text"/>				N.	<input type="text"/>

DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DPR 445/2000 DICHIARA

DI ESSERE UN NUOVO UTENTE E DI ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE INDICATA A PAGINA 3 DEL PRESENTE MODULO

OPPURE

- DI ESSERE UTENTE GIA' BENEFICIARIO IN UNA DELLE DUE PRECEDENTI ANNUALITA': nello specifico di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
- SITUAZIONE SANITARIA INVARIATA (non necessita di nuova certificazione sanitaria)
- SITUAZIONE SANITARIA VARIATA RISPETTO ALLE PRECEDENTI DUE ANNUALITA' (necessaria presentazione nuova certificazione sanitaria)

DICHIARA ALTRESI'

- 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 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.**

certificazione medica (**da redigere sul modello alleato alla presente domanda**) 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, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato ;

Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*);

Copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER UTENTE GIA' BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITA'

Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo);

Copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità.

Se la situazione sanitaria è variata rispetto alla certificazione sanitaria presentata nelle precedenti annualità, PRESENTARE NUOVA CERTIFICAZIONE (da redigere sul modello alleato alla presente domanda) 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, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato ;

INFORMATIVA PRIVACY**REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - REGOLAMENTO U.E. 679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 - DICHIARAZIONE DI CONSENSO:**

Il sottoscritto in qualità di firmatario della presente richiesta è informato/a che i dati personali, sensibili e giudiziari di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Disabilità Gravissima", acconsente al trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, consapevole che non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza. In osservanza della vigente normativa sulla Privacy, si garantisce la massima riservatezza riguardo i dati personali acquisiti, ai dati sensibili acquisiti ai sensi dell'art.9 ed ai dati giudiziari acquisiti ai sensi dell'art.10 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali – Regolamento U.E. 679/2016 e ss.mm.ii.

Il Titolare del trattamento è il Comune di Vetralla in qualità di Comune Capofila del distretto VT4

DATA

Firma del richiedente
