

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
ROMA 6

ASL RM 6

Al Comune di _____

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n.897/2021)
MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

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 _____

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



Regione Lazio



Città di Ciampino



Città di Marino



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 6

ASL RM 6

in qualità di:

- familiare
- tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- amministratore di sostegno (Decreto 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 riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- L'Assistenza domiciliare quale contributo economico per** affidamento dai soggetti titolari del servizio a soggetti del Terzo settore iscritti negli appositi Registri distrettuali.

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
ROMA 6

ASL RM 6

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 (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____	
prov. _____	
Via/Piazza _____	n. _____
C.A.P. _____	tel. _____
Codice fiscale _____	
Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____	
Convivente: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> 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:

- 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 1 Marzo di ogni annualità alla presentazione, presso l' ufficio del protocollo del Comune di Marino, del modello Isee aggiornato in corso di validità' e la scheda di compresenza dei servizi attivi sul beneficiario(reperibile presso il sito istituzionale dell' Ente)

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
ROMA 6

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;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato n. 1 al Modello di istanza);
- 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 firmata (in allegato)

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

