Comune di Frosinone

Al Comune di _____

All'Ufficio di Piano del Distretto socio Assistenziale "A"

Al PUA del Distretto "A"

"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"
Misura 3/Sottomisura 3.3 Piano Sociale di Zona
MODELLO DI ISTANZA PER L'ACCESSO ALL'ASSEGNO 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. _____
e-mail _____
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. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale

in qualità di:
- o familiare
- o tutore *(Decreto Tribunale di _____ n. _____)*

- o amministratore di sostegno *(Decreto Tribunale di _____ n. _____)*
- o altro *(specificare: _____)*

in favore di: (*cognome)*_____ (*nome)* _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale

CHIEDE
il riconoscimento del seguente beneficio economico destinato ai malati di Alzheimer:

[ ] **assegno di cura** finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;

CHIEDE di **erogare il contributo con le seguenti modalità**:
diretto al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice Fiscale

tramite accredito sul Conto Corrente [ ] Bancario [ ] Postale
(Codice IBAN 27 caratteri)

c/o Banca/Ufficio Postale_____ Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. 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.P.R. **dichiara 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 essere / non essere già beneficiario di assegno di cura in esito a precedenti Avvisi pubblici relativi a disabilità gravissima e/o Alzheimer *(cancellare l'ipotesi che non ricorre)*;
- ❑ che il destinatario dell'intervento 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 all'Ufficio di Piano del Distretto socio Assistenziale "A" Comune di Alatri capofila, 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;

- ❑ di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto socio Assistenziale "A" Comune di Alatri Capofila, con cadenza trimestrale, idonea dichiarazione attestante la permanenza presso il proprio domicilio.
- ❑ di impegnarsi, in caso di accesso all'assegno di cura, a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- ❑ di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza a domicilio erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto socio Assistenziale "A" Comune di Alatri capofila:

_____

_____

_____

ALLEGA

[ ] Certificazione attestante la diagnosi di Alzheimer e la relativa gravità/stadiazione* rilasciata da: _____ in data _____

[ ] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

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

[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);

[ ] Altro *(specificare)* _____

***Tali documenti possono non essere allegati da coloro che sono già beneficiari dell'intervento, salva l'ipotesi di successivo aggravamento**

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail*_____

***campi obbligatori**

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, 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 il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio Assistenziale "A" Comune Capofila Alatri.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Alatri Capofila del Distretto Socio Assistenziale "A", nella persona del Legale rappresentante. Responsabile del Trattamento dei dati è il Responsabile di settore, RUP del presente procedimento, **Dr.ssa Daniela Faraone**.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer" Misura 3 / Sottomisura 3.3 del Piano Sociale di Zona*.

Luogo e data _____ Firma del richiedente

_____

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*_____ (*nome)* _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale

in qualità di:
beneficiario□ dell'istanza per assegno di cura Alzheimer
□ richiedente per conto di:
(*cognome)*_____ (*nome)* _____
nato a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del DPR 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 DPR,

DICHIARA

che lo **stato di famiglia** del sig. / della sig.ra _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
è il seguente:

Cognome e nome	**Luogo di nascita**	**Data di nascita**	**Rapporto di parentela**

Luogo e data _____ Firma _____