

MODELLO DI DOMANDA

Allegato A.

ALL'UFFICIO DI PIANO DEL
DISTRETTO SOCIALE DELLA BASSA SABINA
COMUNE CAPOFILA DI POGGIO MIRTETO
P.zza MARTIRI DELLA LIBERTÀ, 40
02047 - POGGIO MIRTETO (RI)

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2021

AVVISO PUBBLICO DEL COMUNE CAPOFILA DI POGGIO MIRTETO PROT. N. 14198 DEL 16 DICEMBRE 2020

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 395/2020

Il sottoscritt _____ cod. fiscale _____

residente in _____ via/p.zza _____ n. _____

tel. _____

PER SE MEDESIMO

PER L_ SIGNOR _____ cod. fiscale _____

con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro)

residente in _____ via/p.zza _____ n. _____

CHIEDE

- Assegnazione dell'“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del “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).
- Attivazione del Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta.

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 decreto

dichiara:

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico prot. n. 14198 del 16 dicembre 2020 relativo alla presente istanza,
- ✓ di accettare tutte le condizioni in esso previste e
- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti;

dichiara inoltre:

- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo richiesto, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano presso il Comune capofila di Poggio Mirteto 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.

dichiara altresì:

A. che la persona interessata è beneficiaria per il 2019 e/o 2020 dell'assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:

1. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
2. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
3. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
4. autocertificazione di residenza del care giver esclusivamente per coloro che intendano richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2.
5. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
6. l'attestazione I.S.E.E. relativa alla condizione economica dei nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, valida per il 2021;
7. l'attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare o del care giver non convivente, valida per il 2021.

OGGETTO: Autodichiarazione sulla presenza di una rete sociale e familiare e/o accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità ai sensi dell'art.4, terzo punto elenco, lettera b. dell'Avviso Pubblico n. 14198 del 16.12.2020 Interventi rivolti a persone con gravissima disabilità – anno 2021.

Il/La sottoscritto/a _____ Cod.fiscale _____
nato/a _____ il _____
telefono _____ e-mail _____

in qualità di richiedente l'attivazione degli interventi di cui all'avviso pubblico in oggetto in favore di:

- se stesso/a ovvero
- del/la signor/a _____ nato/a a _____
il _____ codice fiscale _____;
- visto l'avviso pubblico _____;
- al fine di consentire alla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) l'attribuzione del punteggio relativo alla presenza di una rete sociale e familiare e/o l'accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità come previsto dall'avviso pubblico in oggetto al paragrafo 4, punto elenco 3, lett. b.;

DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali a cui può andar incontro ai sensi dell'art.76 del D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art.75 del suddetto decreto;

che la persona per la quale è stata richiesta l'attivazione degli interventi previsti:

contrassegnare con una l'opzione che si vuole dichiarare

<input type="checkbox"/>	A.1 usufruisce di servizi privati di assistenza domiciliare e/o educativa fornita da singoli operatori (Oss, Assistente familiare, educatore, ecc.) o da organismi privati (società cooperative, associazioni, ecc.) per un numero di ore al giorno pari in media a _____;
<input type="checkbox"/>	A.2 non usufruisce di alcuno dei servizi sopra indicati;
	----- B.1
	oltre al caregiver può contare sull'aiuto o l'assistenza anche parziale di n. _____ familiari maggiorenni anche non conviventi;
<input type="checkbox"/>	B.2 può contare esclusivamente sul caregiver per ogni tipo di aiuto e assistenza;

<input type="checkbox"/>	C.1 è assistita da un care giver nel cui nucleo familiare sono presenti n. _____ minorenni e n. _____ ultra 75enni (oltre alla persona per la quale sono stati richiesti gli interventi in oggetto);

<input type="checkbox"/>	D.1 è beneficiario del Programma Home Care Premium;
<input type="checkbox"/>	D.2 non è beneficiario del Programma Home Care Premium;

<input type="checkbox"/>	E.1 è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA);
<input type="checkbox"/>	E.2 non è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA);

<input type="checkbox"/>	F.1 è beneficiario di contributi per l'assistenza domiciliare o socioeducativa di qualsiasi natura e provenienza, ad eccezione del Titolo di Cura ed assistenza distrettuale, pari ad € _____;
<input type="checkbox"/>	F.2 non è beneficiario di alcun contributo per l'assistenza domiciliare o socioeducativa.

data _____

firma _____

- B. che la persona interessata **NON è beneficiaria** per il 2019 e/o 2020 dell'assegno/contributo di cura per la **disabilità gravissima** e a tal fine allega:
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** (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. **Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;**
 2. Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
 3. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
 4. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
 5. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
 6. autocertificazione di residenza del care giver, qualora si intenda richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2;
 7. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
 8. **l'attestazione I.S.E.E.** relativa alla condizione economica dei nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, **valida per il 2021;**
 9. l'attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare o del care giver non convivente, valida per il 2021.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
