

Allegato A
MODELLO DI DOMANDA

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 MALATTIA DI ALZHEIMER- ANNO 2021

AVVISO PUBBLICO DEL COMUNE CAPOFILA DI POGGIO MIRTETO PROT. N. 15399 DEL 29 DICEMBRE 2020

Il sottoscritt _____ codice 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

- 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).

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. 15399 del 29 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.

Il sottoscritto a tal fine allega alla presente obbligatoriamente, pena l'esclusione dall'istruttoria di merito, la seguente documentazione:

- a. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che certifichi la malattia di Alzheimer e il punteggio conseguito sulla scala CDR estesa che deve comunque essere allegata alla stessa certificazione;
- b. 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;
- c. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
- d. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
- e. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
- f. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B.);
- g. 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, valido per il 2021 (richiedibile dal 15.01.2021);
- h. autocertificazione di residenza del care giver qualora si intenda richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2

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.

Firma del richiedente

Luogo e data, _____

modello B

Al Comune capofila di Poggio Mirteto
Ufficio di Piano

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. 15399 del 29 dicembre 2020 Interventi rivolti a persone con malattia di Alzheimer – 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 prot. n. 15399 del 29.12.2020;
- > 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; |
| <input type="checkbox"/> 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 _____