

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: INTERVENTI RIVOLTI PERSONE AFFETTE DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA) - ANNO 2021 - Avviso pubblico del Comune capofila di Poggio Mirteto prot. n. 13219 del 4 ottobre 2021

Il sottoscritt \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

PER SE MEDESIMO

PER \_\_\_\_\_ L. \_\_\_\_\_ SIGNOR \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

con il/la quale il/la richiedente è legato/a dal seguente rapporto \_\_\_\_\_ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro)

#### CHIEDE

(spuntare l'opzione scelta)

- Attivazione del Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta.
- 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 caregiver 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. 13219 del 4 ottobre 2021 relativo alla presente istanza, e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
- ✓ 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 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

#### allega:

- certificazione che attesti la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e il livello di stadiazione della malattia rilasciata da:
  - uno dei Presidi/Centri di riferimento regionali per la SLA;
  - oppure da altre strutture ospedaliere pubbliche che hanno in carico il paziente,
  - oppure dalla struttura competente della ASL che ha in carico il paziente;
- Copia della certificazione medica attestante il riconoscimento dell'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;
- autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
- autocertificazione di residenza del caregiver, qualora non coincida con la residenza del potenziale beneficiario, esclusivamente per coloro che intendano richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2 punto 3;

- copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
- attestazione I.S.E.E. valida per il 2021 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.
- attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare e, eventualmente, del caregiver familiare non facente parte dello stesso nucleo della persona per la quale si richiede l'intervento qualora si intenda richiedere il contributo di cura. In caso di mancata presentazione di tali attestazioni Isee, l'UVMD assegnerà zero punti al criterio di cui al par. 3.3.a.;
- autocertificazione delle risorse della rete familiare (utilizzando il modello B. allegato).

***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**

\_\_\_\_\_

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 prot. n. 13219 del 4 ottobre 2021 - Interventi in favore di persone affette da SLA – 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. 13219 del 4 ottobre 2021;
- 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 3, 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 si richiede 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 non può contare su almeno un caregiver familiare;  |
| <input type="checkbox"/> | B.2 può contare esclusivamente sul caregiver per ogni tipo di aiuto e assistenza   |
| <input type="checkbox"/> | B.3 oltre al caregiver può contare sull'aiuto o l'assistenza anche parziale di n. _____ familiari maggiorenni anche non conviventi;  |
| <input type="checkbox"/> | C.1 è assistita da un caregiver 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 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.   |

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_