

del COMUNE di _____

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE
IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA
DOMANDA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO/ASSISTITO

COGNOME NOME

NATO A PROV IL

RESIDENTE A PROV CAP

INDIRIZZO N.

CODICE FISCALE

TEL. EMAIL

QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA È PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO/ASSISTITO

COGNOME NOME

NATO A PROV IL

RESIDENTE A PROV CAP

INDIRIZZO N.

CODICE FISCALE

TEL. EMAIL

IN QUALITÀ DI: FAMILIARE CONVIVENTE FAMILIARE NON CONVIVENTE

TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI N. DEL

AMMINISTR. DI SOST. DECRETO TRIB. N. DEL

ALTRO (SPECIFICIARE)

DIAGNOSI _____

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;

OPPURE

- 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) come di seguito indicato:

QUADRO C) CAREGIVER FAMILIARE						
COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>			
NATO A	<input type="text"/>	PROV	<input type="text"/>	IL	<input type="text"/>	
RESIDENTE A	<input type="text"/>	PROV	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	<input type="text"/>				N.	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>					
TEL.	<input type="text"/>	EMAIL	<input type="text"/>			
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO	<input type="text"/>					

DICHIARAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DPR 445/2000

DICHIARA

- DI ESSERE UN **NUOVO UTENTE** E DI ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE INDICATA A PAGINA 3 DEL PRESENTE MODULO

OPPURE

- DI ESSERE **UTENTE GIÀ BENEFICIARIO** IN UNA DELLE DUE PRECEDENTI ANNUALITÀ: nello specifico di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- SITUAZIONE SANITARIA INVARIATA
(non necessita di nuova certificazione sanitaria)
- SITUAZIONE SANITARIA VARIATA RISPETTO ALLE PRECEDENTI ANNUALITÀ
(necessaria presentazione nuova certificazione sanitaria)

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 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER NUOVO UTENTE

- Certificazione Indennità di accompagnamento agli invalidi civili, totalmente inabili di cui alle leggi 11 febbraio 1980, n. 18 e smi, 21 novembre 1988, n. 508
- Certificazione medica **(da redigere sul modello allegato alla presente domanda)** 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 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente *(se diverso dal beneficiario del contributo)*;
- Copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER UTENTE GIÀ BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITÀ

- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo)
- Copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità
- Se la situazione sanitaria è variata rispetto alla certificazione sanitaria presentata nelle precedenti annualità, PRESENTARE NUOVA CERTIFICAZIONE (da redigere sul modello alleato alla presente domanda)** 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 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato

INFORMATIVA PRIVACY

REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI - REGOLAMENTO U.E. 679/2016 e D.Lgs.n.196/2003 come aggiornato dal D.Lgs.n.101/2018 -

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Il sottoscritto in qualità di firmatario della presente richiesta è informato/a che i dati personali, sensibili e giudiziari di cui alla presente istanza, sono richiesti obbligatoriamente per le finalità di cui all'Avviso pubblico "Disabilità Gravissima", acconsente al trattamento degli stessi, anche con strumenti informatici, consapevole che non saranno diffusi ma potranno essere comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di competenza.

In osservanza della vigente normativa sulla Privacy, si garantisce la massima riservatezza riguardo i dati personali acquisiti, ai dati sensibili acquisiti ai sensi dell'art.9 ed ai dati giudiziari acquisiti ai sensi dell'art.10 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati Personali – Regolamento U.E. 679/2016 e ss.mm.ii.

Data,

Firma del richiedente

ATTENZIONE: QUESTO MODULO CONTIENE DELLE AUTOCERTIFICAZIONI RESE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445 (TESTO UNICO SULLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA). IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITÀ NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITÀ. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ED È CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERÀ AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO