Sistema integrato di interventi e servizi sociali









Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

Al Comune di	

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA ai sensi del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n.897/2021 MODELLO DI ISTANZA RICHIESTA INTERVENTI

QUADRO 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		pro	OV
Via/Piazza			n
C.A.Ptel			
domicilio (solo se diverso dalla reside	enza) Comune di		prov
Via/Piazza		n	
C.A.Ptel			
Codice fiscale			

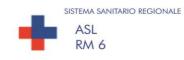
II/La sottoscritto/a (cognome)		(nome)	
nato/a a	prov	il	
residente nel Comune di			prov
Via/Piazza		n.	
C.A.Ptel			
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Co	omune di		prov
Via/Piazza			n
C.A.Ptel			
Codice fiscale			

Sistema integrato di interventi e servizi sociali









Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

In qualità di:	
□ □ tutore (Decreto Tribunale di	_n)
□ □ amministratore di sostegno (Dec. Tribunale di	n)
□ □ altro (specificare:)
in favore di: (cognome)(nome)
nato/a aprov	il
residente nel Comune di	prov
Via/Piazza	n
C.A.Ptel	
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di	prov
Via/Piazza	n
C.A.Ptel	
Codice fiscale	
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 beneficia familiare ai fini dell'attivazione delle prestazioni e dei servizi di cui la precessita.	

TUTTI I CONTRIBUTI SONO RICONOSCIUTI IN MODALITÀ A RIMBORSO, PREVIO RICONOSCIMENTO DELLE SPESE COME PREVISTE DAL PIANO PERSONALIZZATO ASSISTENZIALE

Sistema integrato di interventi e servizi sociali









Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

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 D. Lgs.

Dichiara

DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:	
(Cognome)	(Nome)
nato aprov	il
residente nel Comune di	prov
	_
Via/Piazza	n
C.A.Ptel	
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di	prov
Via/Piazza	n
C.A.Ptel	
Codice fiscale	
Grado di parentela (rispetto al beneficiario)	
Convivente: [] sì [] no	

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 aver letto e compreso l'Avviso pubblico per gli interventi in favore delle persone in condizione di disabilità gravissima
- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria 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 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di impegnarsi entro e non oltre il 15 febbraio di ogni anno a dotarsi di Attestazione ISEE sociosanitaria o relativa DSU e a trasmettere, a mano o a mezzo e-mail attraverso il protocollo Comunale, la scheda aggiornata di compresenza dei servizi attivi sul beneficiario (reperibile presso il sito istituzionale dell' Ente)

Sistema integrato di interventi e servizi sociali









Regione Lazio

Città di Ciampino

Città di Marino

ASL RM 6

ALLEGA

	Copia del certificato di invalidità civile INPS che attesti il riconoscimento del diritto all'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18;		
	certificazione medica specialistica rilasciata da una struttura pubblica che attesti la diagnosi di disabilità gravissima come specificato nell'art. 3 comma 2 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016 (in allegato);		
	certificazione INPS attestante la disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104 del 1992;		
	Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;		
	Documento di identità in corso di validità del richiedente (solo se diverso dal beneficiario del contributo)		
	Attestazione ISEE o DSU in corso di validità		
	Informativa Privacy con consenso al trattamento dei dati firmata		
CHIEDE			
C	Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:		
S	ig./Sig.ra		
V	ria / Piazzann.		
C	ComuneCAP		
T	el. <u>E-mail</u>		
I	uogo e data.		

Firma del richiedente