# Al Comune di

**del Distretto Socio-Sanitario VT/1**

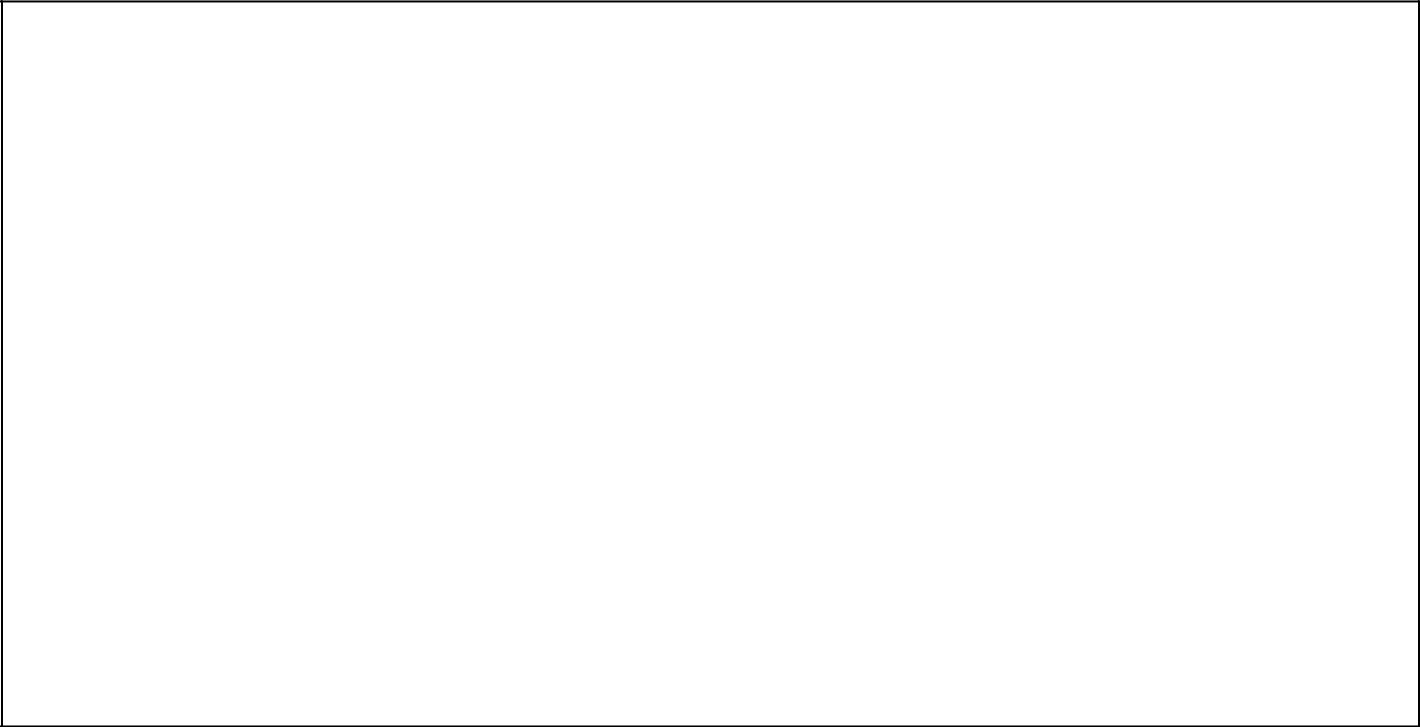


**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA’ GRAVISSIMA (Decreto**

**Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**

**MODELLO DI ISTANZA PER L’ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

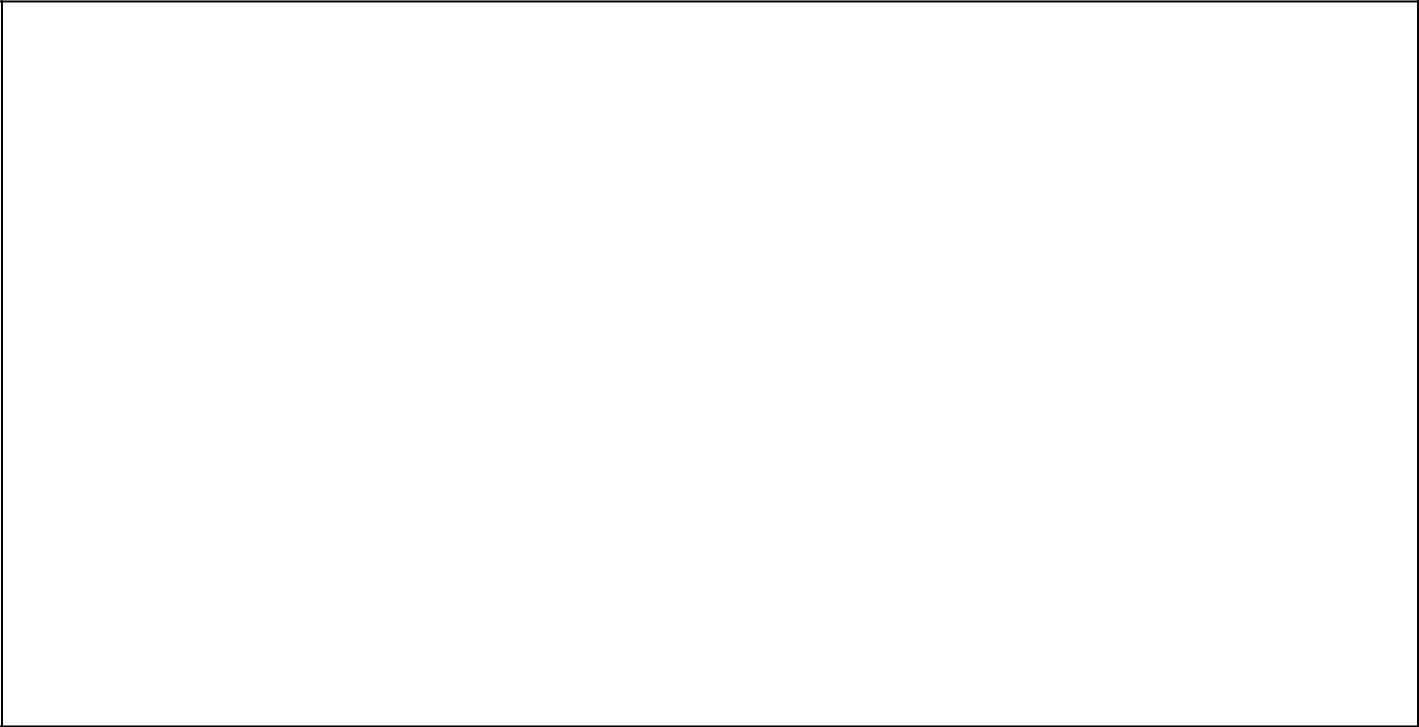


Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)* nato/a a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel. domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel. Codice fiscale

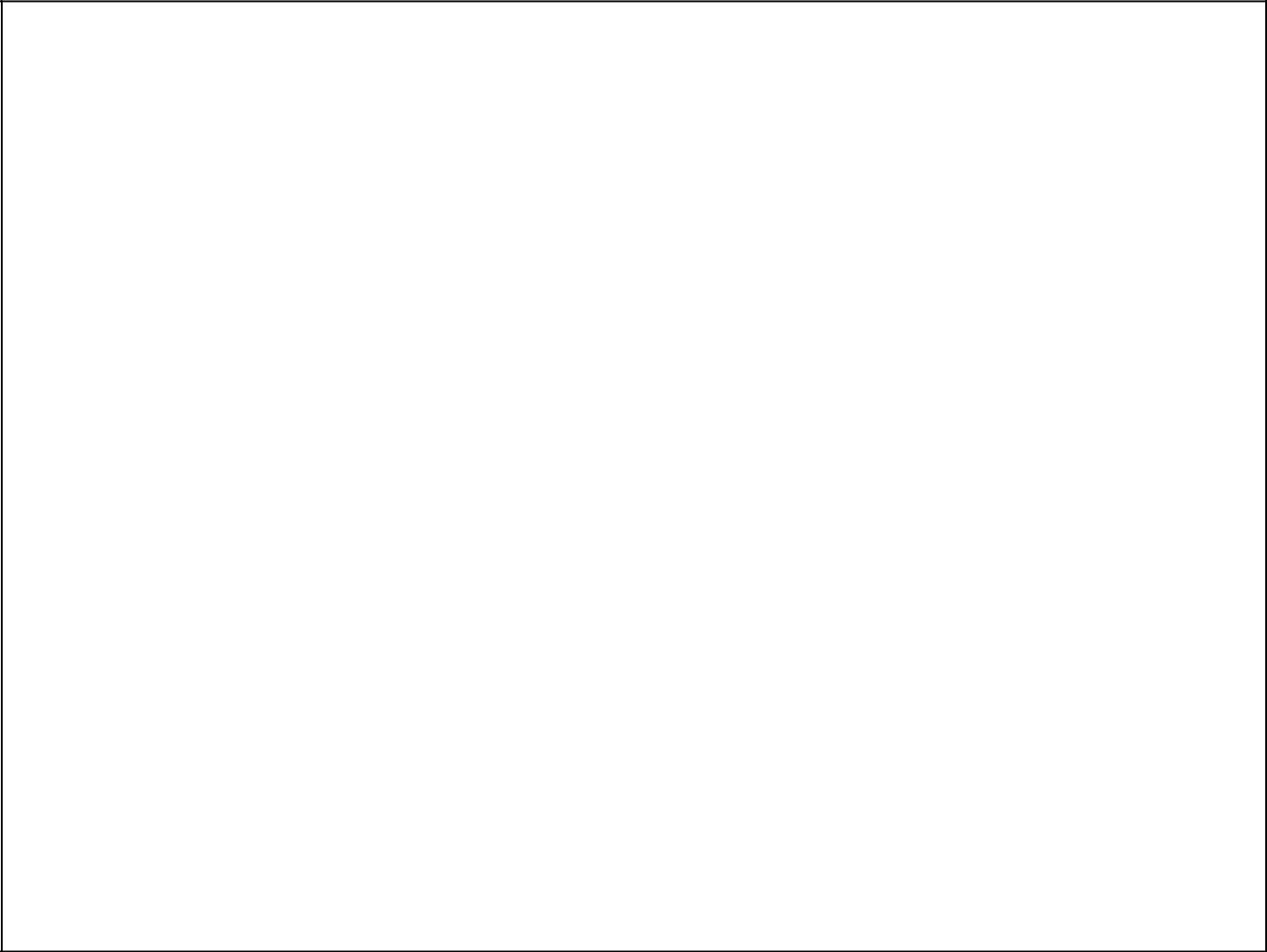
DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO



Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)* nato/a a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel. domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel. Codice fiscale

in qualità di:

* familiare
* tutore (Decreto Tribunale di n. )
* amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di n. )
* **altro** *(specificare: )*

in favore di: (*cognome)* (*nome)*

nato/a a prov. il

residente nel Comune di prov.

Via/Piazza n.

C.A.P. tel.

domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov.

Via/Piazza n.

C.A.P. tel.

Codice fiscale

# 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).



DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(*Cognome)* (*Nome)* nato a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel. domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n.

C.A.P. tel.



Codice fiscale Grado di parentela *(rispetto al beneficiario)*

Convivente: [ ] sì [ ] no

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 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:

* 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 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

# ALLEGA

[ ] Certificazione medico confermante la diagnosi rilasciata da

in data [ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti;

(*Allegato n.* al Modello di istanza)

[ ] Documento di identità in corso di validità del richiedente *(se diverso dal beneficiario del contributo)*

[ ] Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo [ ] Attestazione ISEE in corso di validità

# CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra

Via / Piazza n.

Comune CAP

Tel. Fax E-mail Luogo e data,

# Firma del richiedente

**INFORMATIVA PRIVACY**

Informato, ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di Piano del Comune di Montefiascone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Montefiascone, Capofila del Distretto Socio-Sanitario, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell’Ufficio di Piano.

# DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso pubblico “Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima, ai sensi della DGR n. 104/2017.

Luogo e data,

# Firma del richiedente

**Allegato n. 1 al *Modello di istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima* Distretto Socio-Sanitario**

# VT/1

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)*

nato/a a prov. il

Codice fiscale

in qualità di:

beneficiario dell’istanza per Assegno di cura/Contributo di cura per persone affette da disabilità gravissima

# richiedente per conto di:

(*cognome)* (*nome)*

nato a prov. il

Codice fiscale

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.

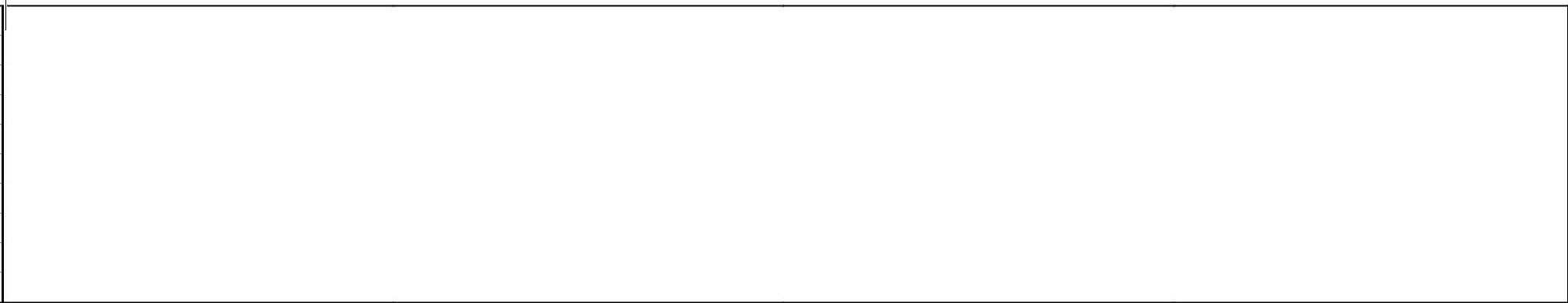
DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra

residente in Via/Piazza n.

Comune CAP

è il seguente:



**Cognome e nome**

**Luogo di nascita**

**Data di nascita**

**Rapporto di parentela**

Luogo e data,

Firma