



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ALLEGATO 1 – MODELLO di ISTANZA

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
ISTANZA DI ACCESSO**

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 e-mail _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

in qualità di:
 beneficiario
 dell'istanza oppure:
 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. _____
 e-mail _____
 domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____
 Codice fiscale _____

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000)

[] di **beneficiare dell'indennità di accompagnamento** (legge 11 febbraio 1980, n.18) o essere non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 e **di trovarsi in una o più delle condizioni di cui all'art.3 del DM 26/09/2016**, come attestato dall'**Allegato 3 – Scheda di certificazione sanitaria** alla presente istanza.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione della domanda da parte dell'UVMD,

DICHIARA altresì

- che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti **non ha fruito / ha fruito** di interventi in favore di persone con disabilità gravissima erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- che il destinatario dell'intervento **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** all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, 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;
- di impegnarsi**, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- di essere a conoscenza** che la misura di sostegno sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione** trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- di **non essere / essere** già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non fruire / fruire** di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un n. ore settimanali pari a ____ (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- di **non frequentare / frequentare** Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto

Sociale B di Frosinone per n. _____ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);

- di **non fruire / fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura).

ALLEGA

- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n. 2*);
- Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato n. 3*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento; Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver (solo in caso di richiesta di contributo di cura);
- Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (non riferito al libretto postale);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR 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 DPR, dichiara di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/2021.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGATO 2 – Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
Distretto Sociale B di Frosinone

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

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

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario dell'istanza per interventi in favore di 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, DPR 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 DPR.

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 del richiedente
