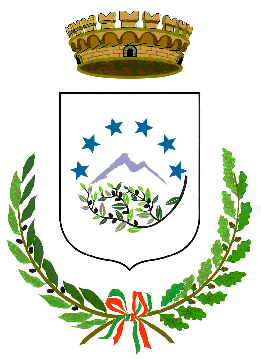
**UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Piazza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571   
 Tel. 0765/875020

pec: unione[altasabina@](mailto:altasabina@)legalmail.it

mail:unionecomunialtasabina@gmail.com

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZION DI DISABILITA’ GRAVISSIMA MODELLO DOMANDA PER L’ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA**

**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 E' CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO IN CASO DI DICHIARAZIONI FALSE, FALSITA' NEGLI ATTI, USO O ESIBIZIONE DI ATTI FALSI O CONTENENTI DATI NON RISPONDENTI A VERITA'. IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI RENDERE I DATI SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' ED E' CONSAPEVOLE CHE L'AMMINISTRAZIONE PROCEDERA' AI CONTROLLI PREVISTI DALL'ART. 71 DEL TESTO UNICO.

**NUOVA DOMANDA UTENTE GIA' BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITA'**

COGNOME

NOME

NATO A

PROV.

IL

RESIDENTE NEL COMUNE DI

PROV.

CAP.

INDIRIZZO

N.

TELEFONO

C.F.

EMAIL

COMUNE DI

PROV.

CAP.

INDIRIZZO

DOMICILIO

INDIRIZZO

**QUADRO A) DATI DEL BENEFICIARIO / ASSISTITO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | N. | | |
| ( SE DIVERSO DA RESIDENZA) NEL COMUNE DI |  | | | | | |
|  | | N. |  | CAP |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUADRO B) DA COMPILARE SOLO SE LA DOMANDA E’ PRESENTATA DA SOGGETTO DIVERSO DAL BENEFICIARIO / ASSISTITO** | | |
| COGNOME NOME  NATO A PROV. IL  RESIDENTE NEL COMUNE DI PROV. CAP. INDIRIZZO N.  C.F.  TELEFONO EMAIL  IN QUALITA’ DI: FAMILIARE CONVIVENTE FAMILIARE NON CONVIVENTE TUTORE - DECRETO DEL TRIBUNALE DI N. DEL  AMMINISTR. DI SOST. - DECRETO DEL TRIB. DI N. DEL | | |
| ALTRO (SPECIFICARE) |  |  |

# 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 NOME  NATO A PROV. IL  RESIDENTE NEL COMUNE DI PROV. CAP. INDIRIZZO N.  TELEFONO EMAIL  C.F.  GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO  DOMICILIO (SOLO SE DIVERSO DA RESIDENZA):  COMUNE DI PROV. CAP.  INDIRIZZO N. |

# 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 GIA' BENEFICIARIO IN UNA DELLE DUE PRECEDENTI ANNUALITA': nello specifico di trovarsi in una delle seguenti condizioni:**

**SITUAZIONE SANITARIA INVARIATA (non necessita di nuova certificazione sanitaria)**

**SITUAZIONE SANITARIA VARIATA RISPETTO ALLE PRECEDENTI DUE ANNUALITA' (necessaria presentazione nuova certificazione sanitaria)**

**DICHIARA ALTRESI'**



* 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 medica **(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 ;

[ ] 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 GIA' BENEFICIARIO NELLA PRECEDENTE ANNUALITA'**

[ ] 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:**

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

DATA

# Firma del richiedente

