



Allegato al bando n° 1

**DOMANDA PER UTENTI CHE PRESENTANO PER LA PRIMA VOLTA L'ISTANZA DI
AMMISSIONE AL PROGRAMMA**

Al Distretto Socio-Sanitario RM 5.5

c/o il Comune di residenza _____

DISABILITA' GRAVISSIMA

Programma attuativo degli interventi in favore delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima ai sensi del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016, ivi incluse le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) in relazione alla gravità della compromissione funzionale e Malati di Alzheimer solo nel caso il cui deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia rientri nelle condizioni di cui all'art.3 comma 2 del Decreto interministeriale

RICHIEDENTE (utente stesso o altra persona referente)

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

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

in qualità di:

- Amministratore di Sostegno/Tutore;
- Chi lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente;

Allegare modulo di delega (Allegato n° 3

RICHIEDENTE IN FAVORE DI:

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

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

CHIEDE

- L'accesso ad uno dei contributi economici di sostegno alla domiciliarità previsti dal bando.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del 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 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

SI ALLEGANO

- Domanda di accesso al programma (Allegato 1), compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto, con eventuale modulo di delega allegato (Allegato 3);
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia (Allegato 2);
- Certificazione medica 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, come da avviso, e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;
- Indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n° 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n° 159/2013;
- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (*se diverso dal richiedente*);
- Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89;
- Le domande degli utenti che si trovassero nelle condizioni previste dalla legge 9 Gennaio 2004, n. 6 relativa all'istituzione dell'Amministrazione di sostegno, devono corredare la domanda con il provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia (o richiesta dell'atto di nomina) o, qualora non fosse stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.P.R. 679/2016)

I dati personali trattati dal Comune di San Vito Romano sono raccolti per finalità di assistenza pubblica. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il Comune di San Vito Romano, Borgo Mario Theodoli n.34, che si avvale anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
