



Al Comune di _____

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

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(DGR n. 239/2013 e del 17 ottobre 2012 e Det. Dir. n. G15714/2015)
MODELLO DI ISTANZA PER ASSEGNO 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

- l'assegnazione del seguente contributo economico destinato alle persone affette da disabilità gravissima, di cui alla DGR Lazio n. 239/2013 e alla Det. Dir. n. G15714/2015: "assegno di cura per assistenza domiciliare indiretta da realizzare tramite assunzione di operatore formato";

- di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

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

tramite accredito sul Conto Corrente

Bancario

Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

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

c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. 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.P.R. 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 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 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;

- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre con cadenza trimestrale idonea dichiarazione al Distretto Sociale B di Frosinone, che attesti la permanenza presso il proprio domicilio.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

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 Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone, 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 previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 239/2013 e della Det. Dir. n. G15714/2015.

Luogo e data _____

Firma del richiedente



**Allegato n. 1 al Modello di istanza per assegno di cura 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 assegno di cura 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.P.R 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.P.R.

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
