

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

DICHIARA

[] di **beneficiario 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 seguenti condizioni, ai sensi dell'art.3 del DM 26/09/2016 (*barrare l'opzione di riferimento*):

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

DICHIARA altresì

di essere / non essere già beneficiario di assegno di cura in esito a precedenti Avvisi pubblici relativi a: disabilità gravissima, SLA o Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);

che il caregiver familiare è convivente con la persona da assistere e non svolge attività lavorativa (*da rendere solo in caso di richiesta di contributo di cura*);

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 15 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. 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 fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza a domicilio erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:

ALLEGA

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, 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 in corso di validità e di regolarità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del caregiver (*solo in caso di richiesta di contributo di cura*);
- Copia del codice IBAN del beneficiario del contributo (escluso libretto postale);
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);
- Altro (*specificare*) _____

***Tali documenti possono non essere allegati da coloro che sono già beneficiari dell'intervento, salva l'ipotesi di successivo aggravamento**

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 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.

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. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, 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 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, nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Avv. Antonio Loreto. 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 104/2017

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____



**Allegato n. 1 al Modello di istanza per assegno di cura/contributo 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 / 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, 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		

