

**ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO PERSONALE
PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA**

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 - D.G.R. Lazio n. 104/2017
Determinazione del 15 dicembre 2016, n. G15088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. G15629
DGR Lazio 395/2020 DGC n. 344/2020)

**Al Punto Unitario di Accesso Integrato /
Segretariato Sociale Municipale**

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

Chiede di accedere

- ☐ *all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (assistente familiare);*
- ☐ *all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- ☐ *al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;*

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

in qualità di (barrare la casella):

☐ familiare ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro (specificare) _____

del Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____ Tel. _____

(Il familiare dovrà presentarsi con delega dell'interessato corredata del documento di identità dello stesso)

Chiede di accedere

- ☐ all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato (assistente familiare);
- ☐ all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- ☐ al contributo di cura attraverso la figura del caregiver

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 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.
- Informato, ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; 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 segreteria dei Servizi Sociali del Comune.

Allega alla presente domanda:

- certificazione del medico specialista di struttura pubblica;
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semi-residenziale;
- ISEE ordinario;
- l'ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria;

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

P.zza/Via _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 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 dalla "L.R. n. 11/2016 e alla DGR n. 395/2020 - " *Aggiornamento linee guida regionali per la programmazione territoriale delle prestazioni assistenziali domiciliari in favore degli utenti in condizione di disabilità gravissima ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016*".

Data ____/____/____

Firma
