



CITTÀ DI GUIDONIA MONTECELIO

(CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO R.M. 5.2

UFFICIO DEL PIANO DI ZONA

(Allegato 1)

Al Comune di _____

Area Servizi Sociali

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI- ANNO 2018

_____, sottoscritt _____ residente _____ in _____

via/p.zza _____ n. _____ tel. _____

PER ME MEDESIMO _____

PER _____ SIGNOR _____ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro) residente in _____ via/p.zza _____

CHIEDE

Di accedere agli interventi previsti e finanziati dalla L.R. n. 20/2006 e dal Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 in favore delle persone non autosufficienti:

- attivazione o rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare distrettuale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio;
- erogazione di un contributo economico finalizzato all'acquisto/rimborso di prestazioni rese da personale qualificato scelto dall'utente o dalla famiglia (assistente familiare) per le spese sostenute nell'anno 2018;
- rimborso spese sostenute per prestazioni di supporto all'assistenza del disabile non rientranti nelle prestazioni del del SSN .

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

ALLEGA

1. certificazione rilasciata dalle Commissioni Mediche integrate individuate dall'art.4 della Legge n. 104/92, che attestano lo stato di handicap come da art. 3 comma 3 della L. 104/92;
2. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti (allegato alla presente);
3. autocertificazione che la persona non autosufficiente non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semiresidenziale;
4. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
5. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
6. ISEE ordinario;
7. ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente _____