

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

MODULO DI DOMANDA

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 Determinazione del
15 dicembre 2016, n. G15088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. G15629)

Al Comune di _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____

residente nel comune di _____

Prov. _____ cap _____

domiciliato nel comune di _____

Prov. _____ cap _____

in piazza/via n. _____

tel. _____ cell. _____

mail _____

medico medicina generale _____

- all'Assegno di Cura nella forma Indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere al personale debitamente formato e contrattualizzato;

- all'Assegno di Cura nella forma Diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel Distretto RM 5.2;
- al Contributo di Cura attraverso la figura del caregiver;

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____

residente nel comune di _____

Prov. _____ cap _____

domiciliato nel comune di _____

Prov. _____ cap _____

in piazza/via n. _____

tel. _____ cell. _____

mail _____

medico medicina generale _____

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 e contrattualizzato;
- all'Assegno di Cura nella forma Diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel Distretto RM 5.2;
- 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;
- Dichiarazione Sostitutiva Unica e ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria;

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./ Sig.ra _____

P.zza _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ Cell./tel. _____

Mail _____

Sig./ Sig.ra _____

P.zza _____ Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ Cell./tel. _____

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 di cui alla DGR n. 104/2017, “L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima”.

Data ____ / ____ / ____

Firma

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.P.R. 679/2016 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i).

I dati personali 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 Guidonia Montecelio, Piazza G. Matteotti, 1, 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. L'informativa completa è visibile sul sito www.guidonia.org

Luogo e data, _____ Firma del richiedente _____