Comune di Frosinone

Al Comune di _____

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

ISTANZA DI ACCESSO

Interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA)

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)

ISTANZA DI ACCESSO

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*_____(*nome)* _____
nato/a a _____prov. _____il _____
residente nel Comune di _____ prov._____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
Codice fiscale

in qualità di:

- ☐ beneficiario dell'istanza

oppure:

- ☐ familiare, indicare grado di parentela _____
- ☐ caregiver 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. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
Codice fiscale

* solo nel caso in cui sia stato già riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024.

Comune di San Giovanni Incarico Prot. 0001132 del 24-02-2025 partenza

CHIEDE

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 897/2021 per l'annualità 2025
(barrare una sola opzione)

- ❑ **SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA** erogato tramite Ente gestore individuato dal Distretto con procedura ad evidenza pubblica e consistente in un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;

- ❑ **ASSEGNO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite assunzione di un operatore qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di un soggetto di Terzo Settore regolarmente accreditato;

- ❑ **CONTRIBUTO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta,** tramite **l'acquisto di Servizi forniti da Imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o tramite regolare assunzione del collaboratore familiare.**

CHIEDE

altresì che venga riconosciuto come caregiver familiare ai sensi della L.r. 5/2024 e DGR 751/2024

il/la sig/sign.ra **(**Cognome/nome)_____
nato/a a _____prov. _____il_____
residente nel Comune di _____prov. _____ Via/Piazza _____n. _____
C.A.P._____ recapito tel./cellulare_____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
CODICE FISCALE

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

- ❑ Convivente (rispetto al beneficiario)
- ❑ Non convivente (rispetto al beneficiario)

DATI RIFERITI AL SECONDO CAREGIVER FAMILIARE *(da compilare solo in caso di beneficiario di età inferiore ai 18 anni)*

Cognome _____Nome _____
nato/a a _____prov. _____Il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ recapito tel./cellulare _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____tel. _____
CODICE FISCALE

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

Comune di San Giovanni Incarico Prot. 0001132 del 24-02-2025 partenza

CHIEDE infine

di **erogare il beneficio con le seguenti modalità *(compilare solo ove si chieda assegno/contributo di cura)*:**

tramite accredito sul Conto Corrente [ ] Bancario [ ] Postale ***(n.b. escluso Libretto Postale)***
(Codice IBAN 27 caratteri)

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

Intestato al Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____prov. _____il _____
Codice Fiscale

A tal fine DICHIARA

(ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, 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))

[ ] di **beneficiare 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 condizioni di cui all'art.3 del DM 26/09/2016,** come attestato dall'**Allegato 1– Scheda di certificazione sanitaria** alla presente istanza.
Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione della domanda da parte dell'UVMD,

DICHIARA altresì

- ❑ che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti non ha fruito di interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio;

- ❑ 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 in caso di eventuale ricovero o di decesso del beneficiario.;

- ❑ che il destinatario dell'intervento non fruisce della "Prestazione Universale" erogata dall'INPS;

- ❑ di impegnarsi, in caso di ammissione alla Prestazione Universale a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano che provvederà a disporre la decadenza dai benefici precedentemente riconosciuti e alla richiesta di restituzione di quanto eventualmente percepito in modo indebito;

- ❑ di essere a conoscenza che la misura di sostegno sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande secondo l'ordine cronologico di presentazione;

- ❑ in caso di accesso all'assegno di cura o al contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia del

Comune di San Giovanni Incarico Prot. 0001132 del 24-02-2025 partenza

contratto di regolare assunzione dell'operatore/collaboratore familiare e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (MAV INPS);

- ❑ in caso di accesso al contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia dei giustificativi di spesa comprovanti la fruizione dei servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, con cadenza trimestrale;

- ❑ di non essere già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer;

- ❑ di non fruire/fruire del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____(cancellare l'ipotesi che non ricorre);

- ❑ di non fruire/fruire di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un numero di ore settimanali pari a _____ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);

- ❑ di non frequentare/frequentare Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto Sociale B di Frosinone per n._____ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);

- ❑ che il caregiver familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale;

- ❑ di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;

- ❑ di aver preso visione dell'informativa privacy che gli viene consegnata in copia;

- ❑ che lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

Cognome e nome	**Luogo di nascita**	**Data di nascita**	**Rapporto di parentela**

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

Comune di San Giovanni Incarico Prot. 0001132 del 24-02-2025 partenza

ALLEGA

[ ] Scheda di certificazione sanitaria *(Allegato 1)* rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, 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 regolare e in corso di validità;

[ ] Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare *(Allegato 2)* debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza;

[ ] Dichiarazione di impegno alla rendicontazione per i richiedenti l'assegno di cura e il contributo di cura *(Allegato 3);*

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver;

[ ] Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo *(non riferito al libretto postale)*;

[ ] Altro *(specificare)* _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

***campi obbligatori**

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

Comune di San Giovanni Incarico Prot. 0001132 del 24-02-2025 partenza