

Al Comune di Viterbo  
Capofila del Distretto Socio Sanitario VT3  
Via Ascenzi 1  
01100 Viterbo

DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI PREVISTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONI DI  
DISABILITA' GRAVISSIMA  
D.M. 26 Settembre 2016 e DGR 104/2017

IL/LA SOTTOSCRITTO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di :

- diretto interessato
- familiare
- familiare convivente
- tutore, curatore o amministratore di sostegno della persona in condizioni di disabilità gravissima

ai sensi del D.M. 26 Settembre 2016 e DGR 104/2017

CHIEDE L'ATTIBUZIONE DI

ASSEGNO DI CURA

minimo € 800,00 fino a € 1.200,00 mensili per 12 mesi liquidato trimestralmente per il rimborso della spesa **mensile** per l'assunzione diretta di un operatore qualificato a prestare servizi di assistenza alla persona o per l'acquisto delle medesime prestazioni da una compagine sociale **accreditata** con la quale sottoscrivere un apposito contratto assistenziale.

CONTRIBUTO DI CURA

€ 700,00 mensili per dodici mesi liquidato mensilmente che prevede la possibilità di attuare il piano assistenziale ricorrendo alla figura del caregiver familiare purchè convivente ; eventuale contributo di € 1200,00 una tantum ( per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione del caregiver familiare in caso di interventi di sollievo programmati o interventi di sollievo di emergenza)

## A FAVORE DI

Dati anagrafici della persona in condizioni di disabilità gravissima

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

A tale scopo il richiedente dichiara :

- di essere a conoscenza che il beneficio è riservato alle persone affette da disabilità gravissima di cui al D.M. 26 Settembre 2016
- di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dall'avviso pubblico

Dichiara inoltre di essere informato ed accettare che il rimborso avviene:

- in caso di **assegno di cura**, trimestralmente, nel trimestre successivo ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della documentazione relativa alle spese assistenziali sostenute e alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore o dalla data di presentazione della fattura mensile della compagine sociale a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente e verifica della correttezza del rendiconto ;
- in caso di **contributo di cura**, mensilmente, nel mese successivo a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente nel mese a cui si riferisce il contributo; a tale riguardo il caregiver dovrà rilasciare apposita dichiarazione entro i primi cinque giorni del mese successivo

Dichiara altresì di essere a conoscenza ed accettare che il beneficio :

- non è cumulabile con altri previsti dalla L.R. 20/2006 sulla non autosufficienza o altri analoghi per le medesime finalità
- è sospeso nei casi di ricovero permanente in strutture a carattere residenziale
- è concesso per la durata compatibile con il numero e la gravità dei casi diagnosticati nel Distretto VT3 e i finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio
- è concesso a condizione che l'assistente familiare prescelto sia iscritto al Registro Distrettuale degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona istituito nel Distretto VT3 ai sensi della DGR 223/2016 e ss.mm.ii. o, nel caso di acquisizione del servizio da una compagine sociale, quest'ultima risulti accreditata
- è attivabile a condizione che l'utente sottoscriva il piano assistenziale concordato con gli operatori dell'UVM, la relativa scheda riassuntiva e l'atto di impegno previsto dalla DGR 104/2017
- è contenuto, nel caso di assegno di cura, nei limiti dell'ammontare delle spese mensili effettivamente sostenute e rendicontate.

Dichiara :

- che il codice IBAN per il versamento del rimborso è il seguente

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

- di essere a conoscenza che il Comune di Viterbo ai sensi dell'art. 71 DPR 28/12/2000 n 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti .

**Il Comune di Viterbo Capofila è sollevato da ogni qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque atto od omissione, da parte degli operatori, nei confronti degli utenti e di terzi che possano cagionare responsabilità amministrative, civili e penali.**

FIRMA \_\_\_\_\_

In relazione ai dati forniti, alcuni dei quali rientrano nel novero di quelli "sensibili" acconsente all'uso dei dati stessi nell'ambito dell'istruttoria della presente domanda. (Legge 675/96).

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si allega:

- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità
- Scheda di valutazione sanitaria ASL Distretto B attestante la condizione di disabilità gravissima redatta sul modello allegato all'avviso
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente ( se diverso dall'interessato)
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità della persona in situazione di gravissima disabilità
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente e della persona in situazione di gravissima disabilità
- Atto di impegno DGR 104/2017 su modulo allegata all'avviso debitamente sottoscritto
- Copia verbale di riconoscimento assegno di accompagnamento
- Copia del contratto di lavoro con l'operatore prescelto se già impiegato
- Copia attestato formazione professionale operatore prescelto se già impiegato
- Copia , se disponibile, codice IBAN
- Copia del decreto di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (se ricorre il caso)