

Al Comune di Viterbo  
Capofila Distretto Socio Sanitario VT3  
Ufficio di Piano  
c/o Settore V

**ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN  
FAVORE DI PERSONE CON  
DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE grado di parentela \_\_\_\_\_
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del sig./sig.ra Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per sé
- per conto del beneficiario

Di accedere ad uno dei seguenti interventi:

MISURA 1 buono sociale mensile per cure giver familiare;  
€ 300,00 per mesi dodici

MISURA 2 buono sociale mensile per l'assunzione di un assistente alla persona con re regolare  
contratto di lavoro o per l'acquisto di prestazioni di assistenza da compagnie sociale  
accreditata  
€ 400,00 per mesi dodici

MISURA 3 Buono sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità  
€ 150,00 per mesi dodici

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- che la situazione del beneficiario è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati dal Comitato Istituzionale dei Sindaci del Distretto Socio Sanitario VT3
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- che l'intervento richiesto non è finanziato da altre provvidenze economiche;

#### SI IMPEGNA

- a dare comunicazione in caso di ricoveri futuri consapevole che, in caso di ricovero permanente, l'erogazione dei benefici verrà revocata;
- a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese;
- a concordare con l'Assistente Sociale del Comune di residenza la visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria.

Accetta che le Assistenti Sociali, Comunali e ASL, oltre ad effettuare l'istruttoria, verifichino la realizzazione dell'intervento assistenziale in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'incongruenza tra l'intervento richiesto/ accettato e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto.

In relazione alla misura di sostegno richiesta presenta, unitamente alla presente istanza, i seguenti documenti :

#### ALLEGATI OBBLIGATORI

##### Per tutte le misure:

Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento

Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.

Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.

Verbale riconoscimento art.3, comma 3,L. 104/92

Verbale di invalidità

Verbale riconoscimento accompagnamento

Certificazione ISEE socio sanitario

#### Allegati specifici alle misure

**Misura 1:** Relativamente al care giver, autodichiarazione che attesti la convivenza anagrafica con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale, cassintegrato, pensionato, ecc)

**Misura 2** : nel caso di assistente già assunto, busta paga, bollettini versamento contributi e copia attestato di qualifica professionale se non iscritto al Registro Distrettuale degli operatori qualificati DGR223/2016 e s.m.i.

**Misura 3:** Preventivo relativo ai progetti di sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità.

Chiedo la seguente modalità di accredito dei benefici economici

IBAN \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA