

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2015 – RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

__l__ sottoscritt__ _____ residente in _____

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

PER SE MEDESIMO

PER _L_ 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 _____

- visto l'Avviso pubblico del 28 ottobre 2015 prot. n. 13581 relativo al programma attuativo degli interventi in favore delle persone in condizione di gravissima disabilità ai sensi della DGR Lazio 239/2013 e det. dir. Lazio G11355/2014;
- ritenuto che il potenziale beneficiario dell'Assegno di cura per il quale si fa richiesta sia nelle condizioni previste dall'Avviso pubblico di cui al punto precedente;

CHIEDE

DI ACCEDERE AGLI INTERVENTI IN OGGETTO SCEGLIENDO UNA DELLE SEGUENTI OPZIONI:

ASSISTENZA DIRETTA (erogazione intervento di assistenza domiciliare gestito dal Distretto)

ASSISTENZA INDIRETTA (rimborso spese per assistente personale/familiare privato)

Il sottoscritto a tal fine **dichiara di essere consapevole** che:

- in conseguenza della presente richiesta, verrà contattato da un'Unità valutativa composta da operatori dei Servizi sociali e/o sanitari ai fini della valutazione della condizione di disabilità e del bisogno socioassistenziale e che tale valutazione può comportare anche la necessità di visite domiciliari e/o colloqui sociali.
- in caso di utile collocazione in graduatoria, nel caso si sia optato per l'assistenza indiretta, verranno rimborsate le sole spese relative a prestazioni di assistenza privata a domicilio, documentate nelle forme e nei modi di cui al suddetto Avviso;
- l'eventuale assegnazione del contributo, sia nella forma diretta che indiretta, non è cumulabile con altri interventi assistenziali previsti dal Piano sociale di zona se attivati per lo stesso periodo;
- la presente domanda deve essere corredata **a pena di esclusione** dei documenti richiesti dall'Avviso pubblico;

Il sottoscritto a tal fine allega, a pena di esclusione dall'istruttoria:

- ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità** ai sensi del DPCM n. 159/2013, per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (art. 6 del Dpcm 159/2013) o, nel caso in cui il potenziale beneficiario sia minorenne, per prestazioni agevolate rivolte a minorenni (art. 7 del Dpcm 159/2013)
- oppure ricevuta di presentazione al Caf della DSU, ai sensi del DPCM n. 159/2013, consapevole che in mancanza della presentazione della relativa Attestazione ISEE esclusivamente presso il Comune di Poggio Mirteto entro il 21 dicembre 2015 la richiesta sarà esclusa dall'istruttoria per carenza di documentazione;**
- la certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica accertante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità in ragione della natura e della complessità e del grado di compromissione funzionale/respiratoria/motoria/comportamentale in atto;**
- verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;**
- la certificazione ai sensi dell'art. 3 co. 3 della legge 104/92;**
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ del potenziale beneficiario;**
- COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ del richiedente qualora non coincida con il beneficiario dell'intervento.**

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.

Data _____

(firma leggibile)
