

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2020

AVVISO PUBBLICO dell'Ambito Territoriale Rieti 3 -Unione dei Comuni Alta Sabina - Prot. N. del.....

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 430/2019

I sottoscritt _____ cod. fiscale _____

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

 PER SE MEDESIMO PER L_ SIGNOR _____ cod. fiscale _____

con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro)

residente in _____ via/p.zza _____ n. _____

CHIEDE

- Assegnazione dell' "Assegno di cura" quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del "Contributo di cura" quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D. Lgs. 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 decreto

dichiara:

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico prot. ndel 2019 relativo alla presente istanza,
 - ✓ di accettare tutte le condizioni in esso previste e
 - ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti;
- dichiara inoltre:**
- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
 - ✓ di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo richiesto, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano presso l'Unione dei Comuni Alta Sabina in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

dichiara altresì:

- A. che la persona interessata è beneficiaria per il 2019 dell'assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:
1. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
 2. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
 3. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
 4. autocertificazione di residenza del care giver esclusivamente per coloro che intendano richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2.
- B. che la persona interessata NON è beneficiaria per il 2019 dell'assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:
1. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;

2. Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
3. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
4. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
5. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
6. autocertificazione di residenza del care giver, qualora si intenda richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2.

Il sottoscritto infine **dichiara di impegnarsi a presentare** quanto segue, ad integrazione e secondo le stesse modalità di presentazione della presente domanda, **entro e non oltre il 28 febbraio 2020** e consapevole che la mancata presentazione nei modi e nei tempi indicati comporta l'esclusione dall'istruttoria di merito e conseguentemente dal potenziale accesso all'intervento richiesto:

- A. **l'attestazione I.S.E.E. relativo alla condizione economica dei nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, annualità 2020 redditi 2019, (richiedibile dal 15 gennaio 2020) e**
- B. **In caso di presentazione dell'Isee sociosanitario per i nuclei familiari con componenti con disabilità ("ISEE ristretto") anche l'attestazione ISEE ordinario del nucleo familiare e**
- C. **in quanto richiedente il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2, anche l'attestazione ISEE del care giver familiare non facente parte dello stesso nucleo della persona per la quale si richiede l'intervento.**

Al sensi del D. Lgs. 101 /2018, 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.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
