

**ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO  
PERSONALE PER LE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA**

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 - D.G.R. Lazio n. 104/2017  
Determinazione del 15 dicembre 2016, n. G t 5088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. GI 5629)

AI Punto Unitario di Accesso Integrato  
Segretariato Sociale Municipio XIV

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO  
INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Prop. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_  
ov

in P.zza/Via \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (assistente familiare);
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

\_\_\_\_\_ a

Codice Fiscale

\_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la casella):

 familiare     tutore amministratore di sostegno     altro (specificare) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

residente nel Comune di

\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

domiciliato nel Comune di

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in P.zza/Via

\_\_\_\_\_ n.

Tel.

Cell.

Mail

Codice Fiscale

\_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale

Tel.

\_\_\_\_\_

(Il familiare dovrà presentarsi con delega dell'interessato corredata del documento di identità dello stesso)

Chiede di accedere

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale debitamente formato (assistente familiare);
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;

a tal fine è:

- „Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 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 D.Lgs.

- Informato, ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'Art. 84 del citato D.Lgs 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi.

Allega alla presente domanda:

- autocertificazione relativa al mantenimento delle condizioni socio ambientali e familiari
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semi-residenziale.
- ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria
- altro: autocertificazione (su modello richiesta contributo per care giver o assegno per assistente familiare)
- certificazione del medico specialista di struttura pubblica

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 P.zza/Via \_\_\_\_\_ ov \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 8 1 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alfa DGR n. 104/201 7, "L.R. n. 1/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma