

ALLEGATO A

All' Ufficio di Piano  
c/o il Comune di .....

**DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE  
PER LA CONCESSIONE DI UN FINANZIAMENTO FINALIZZATO AD INTERVENTI  
DOMICILIARI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA'  
GRAVISSIMA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

ovvero **in qualità**

- familiare**
- tutore** (decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- amministratore di sostegno** (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- altro** (specificare: \_\_\_\_\_)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C. F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**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 *caregiver*.

**DATI RIFERITI AL CAREGIVER**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

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

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

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_

Convivente: [ sì ] [ no ]

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 Legislativo

Dichiara

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste, di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti e di possedere un reddito ISEE per i nuclei familiari con componenti con disabilità pari ad € \_\_\_\_\_ prot. INPS – ISEE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dichiara altresì

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza 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.

**Allega alla presente domanda:**

- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità dell'utente;
- Copia fronte/retro documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario del contributo);
- Copia verbale d'invalidità;
- Copia indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18 del 11.02.1980, o dichiarazione di non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n.159 del 2013;
- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente;
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (All C);
- Copia certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante l'accertamento della patologia determinante la dipendenza vitale, così come del grado di non autosufficienza/gravità.

## INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; 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. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario RM 4/1.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, Capofila del Distretto Socio-Sanitario.

Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 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 all'Avviso pubblico di cui all'oggetto

***Firma del beneficiario o del Legale Rappresentante***

---