

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2017

AVVISO PUBBLICO DEL COMUNE CAPOFILA DI POGGIO MIRTETO PROT. N. 14664 DEL 25 OTTOBRE 2017

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 104/2017

Il sottoscritto _____ 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 _____

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. n 14664 del 25 ottobre 2017 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 richiesti;

dichiara altresì:

- ✓ 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 il Comune capofila di Poggio Mirteto 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:

- 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 dell'avviso) e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;
- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (se diverso dal richiedente)
- Attestazione ISEE in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89.

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.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
