

Al Comune di _____
 Distretto Socio-Sanitario LT1 – Aprilia Cisterna

**PROGETTI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA
 SOCIETA' DELLE PERSONE CON DISABILITA' – ANNO 2017**

MODELLO PER RICHIESTA ASSEGNO DI CURA

Da compilare se la domanda è presentata dal diretto interessato/beneficiario:

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Codice fiscale _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____
 prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____.

Da compilare se la domanda non è presentata dal diretto interessato/beneficiario:

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Codice fiscale _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____
 prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____;
in qualità di:
☐ familiare
☐ tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
☐ amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
☐ altro (specificare) _____;
 convivente ☐ sì / ☐ no,
 in favore di (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 Codice fiscale _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ tel. _____ e-mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di _____
 prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;

Che l'interessato/beneficiario è in possesso di certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992;

Che l'interessato/beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;

Che l'interessato/beneficiario non gode di interventi organizzati in forma diretta o indiretta erogati ai sensi della legge n. 162/1998 ovvero di interventi domiciliari erogati in forma indiretta tramite titoli per l'acquisto di servizi, o mediante il sostegno al care-giver e alle funzioni assistenziali della famiglia, come nel caso di interventi in favore di disabili gravissimi comprese le persone affette da S.L.A.;

Che la condizione abitativa del richiedente/beneficiario rientra in una delle seguenti categorie (*barrare la casella corrispondente*):

- ☐ titolo di godimento dell'abitazione in proprietà, usufrutto, titolo gratuito,
- ☐ titolo di godimento dell'abitazione in affitto,
- ☐ titolo di godimento dell'abitazione in affitto con sfratto esecutivo;

Che la condizione economica del richiedente/beneficiario e del suo nucleo familiare come derivante da attestazione I.S.E.E. socio-sanitario, in corso di validità, è la seguente _____-;

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;

Di impegnarsi, nel caso di ammissione al beneficio, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;

Di rendersi disponibile a fornire ogni ulteriore informazione all'équipe multidisciplinare del servizio territoriale al fine della definizione di un piano di intervento personalizzato;

CHIEDE

L'assegnazione di un assegno di cura annuale finalizzato a sostenere un progetto personale di vita indipendente;

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ C.A.P. _____

tel. _____ e-mail _____ .

ALLEGA

- Certificazione attestante la condizione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/1992;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (*come da modello allegato alla presente domanda*);
- Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità;
- Copia Documento di identità del richiedente (*se diverso dal beneficiario del contributo*);

- Copia Documento di identità del beneficiario del contributo;

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 193/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaborati, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di all'art. 84 del citato D.lgs. n. 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 il diritto 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 LT1

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Aprilia, Capofila del Distretto socio-sanitario LT1, nella persona del Responsabile del procedimento. 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 artt. 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 "Progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità – anno 2017".

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
