

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

MODULO DI DOMANDA

(riferimenti normativi: D.G.R. Lazio n. 239/2013 - D.G.R. Lazio n. 662/2016 Determinazione del 15
dicembre 2016. n. G15088 e Determinazione del 22 dicembre 2016, n. G15629)

AI COMUNE DI CAPODIMONTE
per il successivo inoltro al
Comune di Montefiascone

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____	a _____		
residente nel Comune di _____	Prov. _____	CAP _____	
domiciliato nel Comune di _____	Prov. _____	CAP _____	
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 (personale qualificato)*
- all'assegno di cura nella forma diretto, attraverso gli Organismi accreditati nel proprio territorio;*
- al contributo di cura attraverso la figura del caregiver;*

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E 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 _____ Prov. _____ CAP _____

in P.zza/Via _____ n. _____

Chiede di accedere

Tel. _____ Celi. _____ Mail _____

all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

Tel. _____

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

da corrispondere al personale debitamente formato (personale qualificato);

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:

- 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. 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 .

Allega alla presente domanda:

- certificazione del medico specialista di struttura pubblica;
- autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato.
presso una struttura residenziale o semi-residenziale;
- ISEE ordinario;
- l'ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria;

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra

P.zza/Via	Comune	Prov.	CAP
Tel.	Cell.	Mail	

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 alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data ____ / ____ / ____

Firma