

Allegato A)

SPETT.LE Comune di
Servizi Sociali

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI ASSEGNO DI CURA FINALIZZATO AD INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIME (D.G.R. 239/13)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____

il _____ residente a _____ Prov. _____ CAP _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero in qualità di familiare/ Tutore/Amministratore di Sostegno di:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____ C.a.p. _____

Via _____ n. _____

Rapporto di parentela _____

DIAGNOSI (come da Verbale di Invalidità) _____

CHIEDE

L'ammissione all'erogazione del contributo economico per un valore di € 700,00, denominato Assegno di Cura;

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48- bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, per conto proprio ovvero in qualità di familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno:

1. Di essere residente nel Comune di _____
2. che la persona per la quale è effettuata la domanda è in possesso di una certificazione della ASL Rieti attestante l'accertamento della Disabilità Gravissima, determinante la dipendenza vitale, così come il grado di non autosufficienza /gravità ai sensi del D.M. 20/03/2013, della DGR 239/2013 e delle Determinazioni della Regione Lazio n. G 11355/2014, n. G19295/2014 e n. G15714 del 14/12/2015, debitamente compilato e firmato dal medico specialista della ASL RI;
3. di impegnarsi, a regolarizzare il rapporto mediante un contratto di lavoro con assistenti personali in possesso di qualifiche abilitanti al lavoro socio-assistenziale e socio-sanitario, nel rispetto della normativa vigente o, in alternativa, stipulare una convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi del Terzo Settore;
4. di impegnarsi, in caso di concessione del contributo, a presentare al Servizio Sociale Distrettuale, entro e non oltre 30 gg dall'approvazione della graduatoria definitiva, tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro con soggetti privati o convenzione con Enti Assistenziali Privati o Organismi del Terzo Settore) ai fini dell'attivazione del Piano Assistenziale Individualizzato;
5. di impegnarsi a trasmettere al Servizio Sociale, con cadenza bimestrale, la rendicontazione delle spese sostenute;
6. di rinunciare sin da ora, in caso di concessione del contributo, ad ogni altro intervento/servizio socio-assistenziale finanziato con fondi regionali;
7. di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento, che saranno trattati anche con strumenti informatici;
8. di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento e alla trasmissione dei dati ad altro soggetto giuridico eventualmente incaricato dell'istruttoria e successiva gestione dei finanziamenti relativi alla concessione di assegno di cura finalizzato ad interventi in favore di persone con disabilità gravissime.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

1. Copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
2. Certificazione della ASL Rieti, come da modello rilasciato dalla Segreteria di Distretto, ASL viale L. Matteucci, primo piano, attestante l'accertamento della Disabilità Gravissima, determinante la dipendenza vitale, così come il grado di non autosufficienza /gravità, ai sensi del D.M. 20/03/2013, della DGR 239/2013 e delle Determinazioni della Regione Lazio n. G11355/2014, n. G19295/2014 e n. G15714 del 14/12/2015, debitamente compilato e firmato dal medico specialista della ASL RI;
3. Copia Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità dell'utente ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013 e D.M. 07/11/2014;
4. Estremi bancari su cui, in caso di concessione del rimborso, effettuare accredito del contributo (**allegato B**);

Data _____



Firma _____