

Richiesta di partecipazione all' AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER

Il/la sottoscritto/a.....  
Nato/a a ..... il .....  
Residente a ..... in .....  
Recapito telefonico .....  
In qualità di (Genitore, Coniuge, Figlio, etc.) .....  
Di.....  
Nato a ..... il .....  
E residente a ..... Via/P.zza .....

#### CHIEDE

che la presente domanda afferisca all'AVVISO PUBBLICO PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI: NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA' GRAVISSIMA, DEMENZA O ALZHEIMER gestito dai Servizi Sociali del Distretto Rieti 5.

#### DICHIARA

Che l'utente destinatario dell'intervento ha uno dei tre requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico (barrare la casella relativa)

1.  **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:** con possesso di Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
2.  **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:** con possesso di Certificazione di handicap grave (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992) e ulteriore certificazione di disabilità gravissima (ai sensi all'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017)
3.  **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:** con possesso Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista e punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;

## ALLEGA

la seguente **DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA** (solo per la condizione sopra dichiarata):

- **CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:**

- Certificazione di handicap grave, (art.3, comma 3, della legge n.104 del 1992)
- Certificazione di disabilità gravissima. La condizione di disabilità gravissima è accertata e certificata da un Medico Specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in cui si attesti la sussistenza di almeno una delle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 Decreto ministeriale n.26 9/2016 e della Deliberazione Regione Lazio 104/2017.
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

- **CONDIZIONE DI DEMENZA O ALZHEIMER:**

- Certificazione di malattia di Alzheimer o demenza su base degenerativa/vascolare/mista con certificazione di punteggio conseguito al test MMSE (Mini Mental State Examination) uguale o inferiore a 18/30;
- Certificazione ISEE 2020 del nucleo familiare
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del destinatario dell'intervento

Il sottoscritto è consapevole che questa domanda presentata priva della documentazione obbligatoria richiesta sarà rigettata.

IL sottoscritto è informato che successivamente alla presentazione della domanda verrà contattato da un operatore dei Servizi Distrettuali per concordare una visita domiciliare o ambulatoriale utile alla Valutazione globale del Bisogno socioassistenziale della persona destinataria dell'intervento. Il punteggio determinato dalla valutazione del bisogno socioassistenziale e il punteggio derivante dall'ISEE, determineranno un punteggio totale e l'inserimento nella graduatoria distrettuale che determinerà l'entità delle prestazioni e del finanziamento assegnato.

Il sottoscritto è informato che i criteri per l'attribuzione delle risorse e le modalità di gestione delle stesse da parte degli utenti saranno definiti con apposita determinazione dal nostro Ente prima della pubblicazione della graduatoria distrettuale degli utenti ammissibili a finanziamento.

Il sottoscritto si impegna a presentare quando richieste relazioni e comunicazioni circa l'andamento e l'efficacia degli interventi, rendicontazione delle prestazioni effettuate e delle spese sostenute.

Il sottoscritto conferisce ai Servizi Sociali della Comunità Montana del Velino il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Luogo e data.....

Firma del richiedente

---

Consegnato in data.....

Presso .....

Firma per l'Ufficio ricevente .....