



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Ufficio Servizi Sociali

MODELLO 1 - Istanza

“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari”

Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità

Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura

ISTANZA di ACCESSO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

- beneficiario dell'istanza

oppure:

- familiare
- tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
- amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
- altro (*specificare: _____*)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

il riconoscimento del seguente beneficio economico destinato ai malati di Alzheimer:

assegno di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;

chiede, altresì, di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto al Sig./Sig.ra _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

tramite accredito sul Conto Corrente Bancario Postale
 (Codice IBAN 27 caratteri)

c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. 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 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.**

DICHIARA altresì

- di non essere già beneficiario di assegno di cura o contributo di cura relativo ad interventi in favore di persone con disabilità gravissima;
- che il destinatario dell'intervento non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- di impegnarsi, in caso di accesso all'assegno di cura, a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute;
- di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza domiciliare (anche indiretta) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:

- di fruire del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: *(cancellare l'ipotesi che non ricorre)* prevalenti / integrative / entrambe.

ALLEGA

Certificazione attestante la diagnosi di Alzheimer e la relativa gravità/stadiazione rilasciata da: _____ in data _____

- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
- Copia IBAN del richiedente/beneficiario del contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

***campi obbligatori**

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Dott. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei relativi dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"* Macroattività C - *Interventi per favorire la domiciliarità Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura* del Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario dell'istanza

richiedente per conto di:

(cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del DPR 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 DPR,

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma
