

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2021**

AVVISO PUBBLICO DEL COMUNE CAPOFILA DI NEPI PROT. N. .... DEL .....

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 104/2017

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

 PER SE MEDESIMO PER \_L\_ SIGNOR\_ \_\_\_\_\_ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo di parentela \_\_\_\_\_ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro) residente

in \_\_\_\_\_ via/p.zza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Assegnazione dell' "Assegno di cura" quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Assegnazione del "Contributo di cura" quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- Assegnazione del "Intervento Diretto" che prevede l'attivazione del servizio di assistenza continuativa presso il proprio domicilio;

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

**dichiara:**

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico del 15 /02/2021 relativo alla presente istanza,
- ✓ di accettare tutte le condizioni in esso previste e
- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;

**dichiara altresì:**

- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo richiesto, a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano presso il Comune capofila di Nepi o all'assistente sociale del comune di appartenenza, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni.
- ✓ Di essere consapevole e consenziente al fatto che in caso di inserimento in posto utile in graduatoria dovrà rinunciare ad altri interventi similari già in essere (es. assistenza domiciliare, non autosufficienza ecc.) come indicato nel bando.

**ALLEGA:**

- Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- Documento di identità in corso di validità del potenziale destinatario del contributo (*se diverso dal richiedente*)
- Attestazione ISEE socio sanitaria riferito al nucleo familiare di appartenenza , in corso di validità ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159, o dichiarazione di richiesta presso il Caf/Patronato
- autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
- copia del verbale di invalidità e dell'indennità di accompagnamento
- Certificazione di un medico specialista di struttura pubblica (Neurologo,Fisiatra...) che dichiari la diagnosi e l' area di appartenenza (da a a i ) secondo la scala interministeriale di riferimento.

**Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

**AUTODICHIARAZIONE**  
**AI SENSI DELGLI ARTI. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000,N.445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_.

**DICHIARA CHE**

**Il nucleo familiare è così composto:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_