

**ATTIVAZIONE INTERVENTI DOMICILIARI ASSISTENZIALI E DI AIUTO PERSONALE IN FAVORE  
DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVISSIMA  
MODULO DI DOMANDA  
(D.G.R. Lazio n. 897/2021)**

Al Protocollo comune di residenza

Distretto VT/2

**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 È 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. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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

*Chiede di accedere*

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico 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 di segreteria dei Servizi Sociali del Comune.

**Dichiara di essere in possesso dei seguenti benefici socio assistenziali:**

*(barrare il beneficio di cui si usufruisce)*

**• Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all'utente per la condizione di disabilità gravissima:**

- Nessun Servizio;
- Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00;
- Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00;
- 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
- Assistenza domiciliare tra 19 e 24 ore settimanali;
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00;
- 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
- Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali;
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00;
- 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
- Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza maggiori di euro 900,00;
- 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
- Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio;
- 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
- Almeno 3 gg./settimana di frequenza di un laboratorio.

Allega alla presente domanda:

1. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima. La certificazione medica deve essere redatta utilizzando le scale di misurazione come da Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e il relativo punteggio conseguito: (ALL.A)
2. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;
3. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
4. attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità;
5. copia del verbale di invalidità civile e copia del verbale Legge 104/92 art. 3 c.3;
6. estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (ALL.B)
7. copia di eventuale decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;

