

ALLEGATO A)

Al Comune di Gaeta
capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5
per il tramite

del COMUNE di _____

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVE
(L. 162/98)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cell. _____
e-mail _____ pec _____

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante (Responsabile del progetto) di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
rapporto di parentela _____
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)

CHIEDE

la concessione del contributo per l'attivazione dei seguenti interventi:

- Assistenza domiciliare diretta (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente attraverso assistenti personali formati incaricati, mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore;
- Assistenza domiciliare indiretta (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente attraverso assistenti personali formati incaricati, mediante contratto di lavoro privati;
- Socializzazione e integrazione per favorire la partecipazione ad attività socializzanti (es. centri diurni), mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore;

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

1. Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario LT/5;
2. Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggano tutte le certificazioni anzidette, queste vanno contestualmente presentate);
3. di aver compilato la presente domanda in tutte le sue parti, pena l'esclusione dal beneficio;
- che il beneficiario non è attualmente inserito a tempo indeterminato in strutture residenziale a carattere sanitario, socio sanitario e socio assistenziale
4. di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.
5. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.
6. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);
7. che gli assistenti alla persona destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela e che sono in possesso di uno dei titoli di formazione previsti nell'Avviso pubblico distrettuale;
8. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Disabilità L. 104/92

Allega alla presente domanda

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o delle Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;

- Copia del verbale attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia attestazione ISEE Socio-Sanitario dell'utente, in corso di validità. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente

