



| Al Comune di  |  |
|---------------|--|
| AI COIHUIC UI |  |

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Socio Assistenziale "A"

## <u>ALLEGATO 4 – Modello Dichiarazione</u>

## Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima (Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021) DICHIARAZIONE (rinnovo/aggiornamento)

| Il/La sottoscritto/a (   |   | (nome)        |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
|--|---|---------------|---------|-------------------------|----------|--|----|------|-------------|----|-------|----|--|-----|
| nato/a a   |   |               |         | _prov.                  |          |  |    |      | il          |    |       |    |  |     |
| residente nel Comu   | ne di                                     |               |         |                         |          |  |    |      |             |    | prov. |    |  |     |
| Via/Piazza   |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| C.A.P  |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| e-mail   |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| domicilio (solo se d   |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    | pr    | ov |  |     |
| Via/Piazza   |   |               |         |                         |          |  |    |      |             | n  |       |    |  |     |
| C.A.P  | tel.                                      |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| Codice fiscale   |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
|  |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| in qualità di:   |   |               | ļ .     |                         | <u> </u> |  |    | l    | -           | I. |       |    |  | - 1 |
| o beneficiario de  | ell'istanza                               |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| oppure:  |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
|  |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
| <ul> <li>familiare</li> </ul>  |   |               |         |                         |          |  |    |      |             |    |       |    |  |     |
|  | Tribunale (                               | di            |         |                         |          |  | n. |      |             |    |       |    |  | )   |
| <ul><li>familiare</li><li>tutore (Decrete</li><li>amministratore</li></ul>   | o Tribunale o                             | di<br>(Decret | o Tribu | ınale d                 | i        |  | n. |      |             | _n |       |    |  | _)  |
| <ul><li>tutore (Decrete</li><li>amministratore</li></ul>   | e di sostegno                             | ) (Decret     | o Tribu | ınale d                 | i        |  |    |      |             | _n |       |    |  | _)  |
| <ul><li>tutore (Decrete</li><li>amministratore</li><li>altro (specifical</li></ul>   | e di sostegno<br>ure:                     | ) (Decret     | o Tribu | ınale d                 | i        |  |    |      |             | _n |       |    |  |     |
| <ul> <li>tutore (Decrete</li> <li>amministratore</li> <li>altro (specifica</li> </ul> in favore di: (cogno   | e di sostegno<br>ure:<br>ome)             | ) (Decret     | o Tribi | ınale d                 | i        |  | (i | nome | ·)          | _n |       |    |  |     |
| <ul> <li>tutore (Decrete</li> <li>amministratore</li> <li>altro (specifical</li> </ul> in favore di: (cogno nato/a a                                   | e di sostegno<br>ure:<br>ome)             | ) (Decret     | o Tribi | <i>male d</i><br>_prov. | i        |  | (ı | nome | ·)il        | _n |       |    |  |     |
| <ul> <li>tutore (Decrete</li> <li>amministratore</li> <li>altro (specifica</li> </ul> in favore di: (cogno   | e di sostegno<br>ure:<br>ome)             | ) (Decret     | o Tribi | <i>male d</i><br>_prov. | i        |  | (ı | nome | ·)il        | _n |       |    |  |     |
| o tutore (Decrete o amministratore o altro (specifical in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comu: Via/Piazza                                    | e di sostegno<br>ure:<br>ome)<br>ne di    | ) (Decret     | o Tribi | male d                  | i        |  | () | nome | r)il<br>inn | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decrete o amministratore o altro (specifica in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comu   | e di sostegno<br>ure:<br>ome)<br>ne di    | ) (Decret     | o Tribi | male d                  | i        |  | () | nome | r)il<br>inn | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decrete o amministratore o altro (specifical in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comu: Via/Piazza                                    | e di sostegno<br>ure:<br>ome)<br>ne ditel | o (Decret     | o Tribi | male d                  | i        |  | () | nome | r)il<br>inn | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decreto o amministratore o altro (specifica in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comu: Via/Piazza C.A.P                               | e di sostegno<br>ure:<br>ome)<br>ne ditel | ) (Decret     | o Tribu | nale d                  | i        |  | () | nome | iln         | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decrete o amministratore o altro (specifica in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comu: Via/Piazza C.A.P e-mail                        | e di sostegno ure: ome) ne di tel         | ) (Decret     | za) Con | prov.                   | i        |  | (; | nome | iln         | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decreto o amministratore o altro (specifica) in favore di: (cogno nato/a a   | e di sostegno ure: ome) ne di tel.        | ) (Decret     | za) Con | _prov                   | i        |  | () | nome | iln         | _n | prov. |    |  |     |
| o tutore (Decrete o amministratore o altro (specifica in favore di: (cogno nato/a a residente nel Comur Via/Piazza_ C.A.P e-mail domicilio (solo se di | e di sostegno ure: ome) ne di tel.        | ) (Decret     | za) Con | _prov                   | i        |  | () | nome | iln         | _n | prov. |    |  |     |

## DICHIARA QUANTO SEGUE

|  | ( <u>barrare le voci di pertinenza</u> )  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|
| <u>Di voler confermare quanto richiesto</u> e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissima ai sensi del DM 26/09/2016, <b>aggiornando esclusivamente il Modello ISEE che si rimette in allegato</b> ; |   |  |  |  |  |  |
| interventi i   | ggiornare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico degli n favore di persone affette da Disabilità Gravissima ai sensi del DM 26/09/2016, relativamente aspetti ( <u>barrare/compilare le sole voci di pertinenza</u> ):   |  |  |  |  |  |
| 1. <u>Interve</u>  | ento richiesto – si sostituisce la precedente richiesta con la seguente:  |  |  |  |  |  |
|  | Servizio di Assistenza Domiciliare Diretta erogato da un qualificato Ente gestore attraverso un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione; |  |  |  |  |  |
| 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;                  |   |  |  |  |  |  |
|  | Contributo di Cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite riconoscimento e supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente dellarete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.  |  |  |  |  |  |
|  | IFERITI AL CAREGIVER ( <u>compilare solo ove si richieda il contributo di cura</u> )  |  |  |  |  |  |
|  | provil  |  |  |  |  |  |
|  | e nel Comune diprovprov   |  |  |  |  |  |
|  | zan   |  |  |  |  |  |
|  | tel.  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |
|  | o (solo se diverso dalla residenza) Comune diprov   |  |  |  |  |  |
|  | zzan.   |  |  |  |  |  |
|  | tel   |  |  |  |  |  |
| Codice f   | ïscale  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |
| Grado di   | i parentela (rispetto al beneficiario)  |  |  |  |  |  |

2. <u>Condizione di salute</u> - livello di gravità/stadiazione della patologia, come attestato dalla Certificazione Sanitaria allegata.

| 3   | Modalità di erogazi  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|---|--|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|--|--|
|   |  |   |                                     | :1                                       |                                    |                            |  |  |
|   |  |   | pr                                  | provil                                   |                                    |                            |  |  |
|   | Codice Fiscale   |   |                                     |  |                                    | 1                          |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   | con accredito sul Con  |   | Bancario                            | [] Postale                               |                                    |                            |  |  |
|   | (Codice IBAN 27 cara   | tteri)  |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   | c/o Banca/ Ufficio Po  | ostale  |                                     | Sede/Agen                                | zia                                |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| 4   | . Stato di famiglia:   |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   | Cognome e Nome   | Luogo di Nascita  | Data o                              | di Nascita                               | Rapporto di                        | Parentela                  |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| 5   |  | tenziali fruiti   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| 6   | 6. Condizione reddituale come attestata dal Modello ISEE allegato;           |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| 7   | Altro (specificare e   | d allegare eventuale  |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| 7. Altro (specificare ed allegare eventuale documentazione) |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
| n.445<br>bene<br>di av                                      | 5/2000 in caso di dich<br>fici eventualmente cons<br>er preso visione dell'A | delle responsabilità per<br>niarazioni mendaci, form<br>seguenti alla presente dic<br>vviso pubblico relativo a | nazione od uso<br>hiarazione ai ser | di atti falsi, no<br>nsi dell'art. 75 de | nché della dec<br>el suddetto D.P. | adenza dai<br>.R. dichiara |  |  |
|   | so previste.<br>iara altresì:  |   |                                     |  |                                    |                            |  |  |
|   |  | l'intervento <b>non è attua</b>   | almente ricover                     | rato a tempo in                          | determinato pre                    | esso alcuna                |  |  |
|   |  | ia o sanitaria di tipo resid  |                                     | aro a tempo m                            | erioriiiiiuto pro                  | .550 arcana                |  |  |
|   | di impegnarsi a dare t   | tempestiva <b>comunicazio</b><br>o qualsiasi Istituto di cur  | ne all'Ufficio d                    |  |                                    |                            |  |  |
|   | -  | di decesso del beneficiar   |                                     | 0 61 1160 (610                           | ar some vo ene                     | saperi i so                |  |  |

| ☐ di impegnarsi a produrre all'Ufficio di Piano del Distidonea dichiarazione attestante la permanenza presso di impegnarsi a produrre/aggiornare copia del correndicontazione trimestrale delle spese allo scopo so che il caregiver familiare indicato nell'istanza, voloni cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso assistenza personale (in caso di richiesta di contributa   | contratto di regolare assunzione dell'operatore e stenute (in caso di richiesta dell'assegno di cura); tariamente e in modo gratuito e responsabile si prende consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e   |
|--|---|
| ALLE   | GA  |
| [ ] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità; [ ] Copia del documento di identità in corso di validità e de [ ] Copia del documento di identità in corso di validità e co [ ] Altro (specificare   | dice fiscale del beneficiario del contributo;   |
|  |   |
| Luogo e data F   | irma del richiedente  |
| INFORMATIV   | A PRIVACY   |
| Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariame trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fin ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frocon le finalità della presente domanda e in caso di preminente Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e ag per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distri I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente benefici 26 del Regolamento UE 2016/679. | e di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la a fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati osinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili interesse pubblico, ma non saranno diffusi. Egiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento retto Socio Assistenziale "A" di Alatri. |
| DICHIARAZIONE  | DI CONSENSO   |
| Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste da <i>gravissima</i> " della Regione Lazio, ai sensi della DGR n. 897/20   | agli "Interventi in favore di persone affette da disabilità   |
| Luogo e data   | Firma del richiedente   |
|  |   |