

AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE
DEI SERVIZI SOCIALI
PER IL TRAMITE DEL COMUNE DI _____

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

In qualità di _____ richiede la predisposizione di

Interventi mirati all'assistenza di persone totalmente o parzialmente non autosufficienti (D.G.R. 601/2007- L.R. 20/2006) A FAVORE DI:

NOME E COGNOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
INDIRIZZO DI RESIDENZA
TELEFONO

INTERVENTO RICHIESTO (SOLO UNO DEI 3)

1. **ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA –gestita dal Consorzio-** PER AFFIANCARE I FAMILIARI NELL'ACCUDIMENTO DELLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
2. **ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA**, CON PERSONALE ASSUNTO DIRETTAMENTE DAL BENEFICIARIO O SUO TUTORE, SOTTO LA FORMULA DEL RIMBORSO ECONOMICO PARZIALE DEI COMPENSI EROGATI AD **ASSISTENTI PERSONALI PRIVATI DA INCARICARE MEDIANTE CONTRATTO DI LAVORO** (GLI ASSISTENTI DESTINATI AL SERVIZIO NON POTRANNO ESSERE PARENTI E/O AFFINI ENTRO IL 3° GRADO DI PARENTELA DEL BENEFICIARIO)
3. **INTERVENTI ECONOMICI A TITOLO DI RIMBORSO DI UNA PARTE DELLE SPESE** SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE, CON **L'OBBLIGO DELLA RENDICONTAZIONE AL CONSORZIO**

IL RICHIEDENTE, O CHI NE FA LE VECI, CONSAPEVOLE CHE IN CASO DI FALSE DICHIARAZIONI SI APPLICANO LE DISPOSIZIONI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, **DICHIARA CHE IL NUCLEO FAMILIARE DEL DESTINATARIO DELL'INTERVENTO RISULTA COSTITUITO COME DI SEGUITO:**

- NUMERO DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE|_|_|
- NUMERO DI COMPONENTI CON DISABILITA' AI SENSI **DELL'art 3 comma 3 DELLA LEGGE 104/92** OLTRE IL DESTINATARIO DEL PROGETTO |_|_|
- NUMERO DI ANZIANI DI ETA' PARI O SUPERIORE A 65 ANNI, OLTRE IL DESTINATARIO DEL PROGETTO |_|_|
- NUMERO DI COMPONENTI MINORI, OLTRE IL DESTINATARIO DEL PROGETTO|_|_|

SE CI SONO ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE CHE HANNO AVANZATO LA STESSA DOMANDA INDICARNE IL NOME E il COGNOME _____

REDDITO ISEE SOCIO-SANITARIO DI €: _____

DICHIARA, ALTRESI', CHE ATTUALMENTE:

- NON FRUISCE DI ALCUNA PRESTAZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE
 DI ESSERE IN ATTESA DELL'ESITO DELLA RICHIESTA
 FRUISCE DELLA SEGUENTE PRESTAZIONE ASSISTENZIALE

<input type="checkbox"/> ASSEGNO DI CURA DI CUI ALL'ULTIMO BANDO SULLA DISABILITA' GRAVISSIMA (in attuazione della D.G.R. 239/2013 e della determinazione n. G.11355/2014
<input type="checkbox"/> HOME CARE PREMIUM
<input type="checkbox"/> ASSISTENZA DOMICILARE DEL CONSORZIO (ai sensi della legge 328/00) per n_____h

(barrare con x la voce o le voci che interessano)

- NON FRUISCE DI SOSTEGNI ECONOMICI ASSISTENZIALI
 DI ESSERE IN ATTESA DELL'ESITO DELLA RICHIESTA
 FRUISCE DI SOSTEGNI ECONOMICI ASSISTENZIALI QUALI:

<input type="checkbox"/> INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
<input type="checkbox"/> ALTRO specificare

(barrare con x la voce o le voci che interessano)

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI:

- VERBALE DI DISABILITA' AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA L. 104/92**
oppure
 VERBALE DI INVALIDITA' CIVILE PARI AL 100%

P.S.NEL CASO SI POSSEGGANO TUTTE E DUE LE CERTIFICAZIONI ANZIDETTE, QUESTE VANNO CONTESTUALMETE PRESENTATE

MODELLO ISEE SOCIO-SANITARIO

AUTOCERTIFICAZIONE SITUAZIONE DI FAMIGLIA E RESIDENZA

solo se in possesso. n_____certificazione/1 attestante/i condizione di disabilità o invalidità di altro/i componente/i del nucleo familiare

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, INOLTRE DICHIARA:

di essere informato, ai sensi dell' art. 13 del D. Lgs. 30-6-2003, n. 196 che i dati personali, acquisiti con la presente istanza sono:

- Sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario del progetto al beneficio richiesto;
- Sono forniti alla commissione U.V.T.della ASL per la valutazione della gravità e potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.

Il rifiuto del trattamento dei dati contenuti nella presente istanza non consentirà di accedere al beneficio richiesto.

L'ente /i al/i quale /i viene presentata l'istanza e gli interessati a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

DATA _____

Firma del destinatario del progetto o chi ne fa le veci

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI RESIDENZA
VERIFICA DELLA CONFORMITA' DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI CRITERI DI ACCESSO ALLA PREDISPOSIZIONE DELL'INTERVENTO
<input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE è CONFORME
<input type="checkbox"/> LA DOCUMENTAZIONE NON è CONFORME PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
LA VERIFICA è STATA EFFETTUATA DALL'ASSISTENTE SOCIALE DOTT/SSA _____
FIRMA

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO CONSORTILE
AMMISSIBILITA DELLA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> PARERE POSITIVO
<input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
LA VALUTAZIONE è STATA EFFETTUATA DAL RESPONSABILE DELL'AREA SOCIALE DOTT. CARLO RECCHIA
FIRMA
NOTE: