

Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano VT3

MODELLO

1 – Istanza

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____ e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____
Codice Fiscale -----
in qualità di:

- beneficiario dell'istanza _____

oppure:

- familiare _____
- tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

 altro (specificare: _____)
in favore di: (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____ e-mail _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
tel. _____
Codice fiscale _____

- γ) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con
- η) QI <=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <=8;
- ι) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

DICHIARA altresì

- φ) che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti **ha fruito / non ha fruito** di interventi in favore di persone con disabilità gravissima erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- κ) che il destinatario dell'intervento **non è attualmente ricoverato** a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- λ) di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva **comunicazione** all'Ufficio di Piano del Distretto Socio Sanitario VT3, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- μ) di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a produrre all'Ufficio di Piano del Distretto VT3 di Viterbo, con cadenza trimestrale, idonea **dichiarazione** attestante la permanenza presso il proprio domicilio;
- ν) in caso di accesso all'assegno di cura, di impegnarsi a produrre copia del **contratto** di regolare assunzione dell'operatore e **rendicontazione mensile** delle spese allo scopo sostenute;
- ο) di **essere / non essere** già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- π) di **fruire / non fruire** del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: prevalenti / integrative / entrambe (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- θ) di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare integrata (componente sanitaria) e/o interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare erogati dalla ASL di Viterbo (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- ρ) di **fruire / non fruire** dei seguenti interventi di assistenza domiciliare diretta o indiretta (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale VT3 (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- σ) di **fruire / non fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- τ) che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (*barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura*);

ALLEGA

- υ) [] Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- ϖ) [] Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento; [] Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
- ω) [] Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
- ξ) [] Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;

- ψ) [] Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del caregiver (*solo in caso di richiesta di contributo di cura*);
- ζ) [] Copia del codice IBAN del beneficiario del contributo (escluso libretto postale);
- $\alpha\alpha$) [] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1 al Modello di istanza*);
- $\beta\beta$) [] Altro (*specificare*)

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____ Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 DPR 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 DPR, dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Viterbo nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Viterbo ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale VT3

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Viterbo, Capofila del Distretto Sociale VT3; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore , dr. Romolo Massimo Rossetti.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n 329/2020.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di

beneficiario dell'istanza per interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima richiedente per conto di:

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR 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 DPR.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig. / della sig.ra _____

residente in Via/Piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data _____

Firma del richiedente