

**AL CONSORZIO DEI COMUNI DEL CASSINATE**  
PER LA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEI  
SERVIZI SOCIALI  
TRAMITE L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ in

qualità di \_\_\_\_\_ **Chiede** la predisposizione di interventi mirati all'assistenza di persone non autosufficienti, come da Bando, in FAVORE DI:

Nome e cognome	
Luogo e data di nascita	
Indirizzo	
Telefono	e-mail

**Tipologia di intervento richiesto** ( solo una delle 2):

assistenza domiciliare "diretta" gestita dal **Consorzio (codice A2.07)**

"assegno di cura" erogato in 2 tranches semestrali (codice A1.11) da configurarsi come rimborso di parte delle spese sostenute per l'acquisto di materiale occorrente per l'assistenza del non autosufficiente o a concorrere alle spese sostenute per retribuire l'assistente familiare direttamente assunto dal beneficiario o suo tutore.

IL  DESTINATARIO DELL'INTERVENTO;  FAMILIARE ;  TUTORE:

- CONSAPEVOLE CHE I SUDDETTI BENEFICI NON SONO CUMULABILI CON ALTRI INTERVENTI DI STESSA NATURA E FINALITA' SPECIFICATI NEL BANDO,
- consapevole che in caso di falsa dichiarazione si applicano le disposizioni del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**Dichiara** che il [destinatario dell'intervento] è in possesso dei seguenti requisiti di accesso richiesti dal bando QUALI:

di essere disabile ai sensi dell'art.3 comma 3 legge 104/92

Oppure

di essere invalido al 100% senza: con: indennità di **accompagnamento**

di **NON fruire** di assistenza domiciliare o rimborso spese ai sensi della legge 20/2006 (con termine di fruizione al 28/02/2019) per persone non autosufficienti;

di **NON fruire** dell'assegno di cura o del contributo di cura per disabili gravissimi (con termine di fruizione al 28-02-2019)

di **NON fruire** dei benefici relativi al bando HOME CARE PREMIUM

di **NON essere ricoverato/a in R.S.A.**

di **NON frequentare** alcun centro per malati di alzheimer o centro socio-riabilitativo / educativo per disabili, del consorzio o di altro ente erogatore di servizi simili

**DICHIARA ALTRESÌ CHE IL DESTINATARIO DELL'INTERVENTO**

**non fruisce**  **fruisce:** dell'indennità di accompagnamento

**non fruisce**  **fruisce:** dell'indennità di frequenza

**non fruisce**  **fruisce:** dell'assegno per disagiati psichici

**non fruisce**  **fruisce:** del servizio mensa sociale del consorzio

**non fruisce**  **fruisce:** del servizio di telesoccorso del consorzio

**non fruisce**  **fruisce:** del servizio a.d.e. (educatore domiciliare)

è in attesa dell'esito della richiesta del seguente servizio: \_\_\_\_\_

**Attesta che** il nucleo familiare del destinatario dell'intervento risulta costituito come di seguito:

- numero di componenti del nucleo familiare
- numero componenti con disabilità, ai sensi dell'art. 3 comma 3 L 104/92, oltre il destinatario del progetto;
- numero anziani di età pari o superiore ai 65 anni, oltre il destinatario del progetto;
- numero componenti minori oltre al destinatario del progetto
- numero componenti assistiti dal consorzio oltre il destinatario del progetto

**ISEE socio-sanitario €** \_\_\_\_\_

**Allega** la seguente documentazione obbligatoria:

1.  **Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92**  
**oppure**
2.  **verbale di invalidità civile al 100% senza** **con** **indennità di accompagnamento**
3.  **Modello ISEE socio-sanitario in corso di validità;**
4.  **Attestazione della situazione di famiglia e di residenza;**
5.  **fotocopia del documento di riconoscimento;**
6.  **Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria**
7.  **Copia del provvedimento di nomina del tutore;**

**dichiara inoltre di:**

essere al corrente che il **Certificato medico, con l'elenco delle patologie da cui è affetto il destinatario dell'intervento**, nel rispetto delle norme sulla privacy, dovrà essere **consegnato agli uffici consortili [solo ed esclusivamente] al momento della convocazione** per la valutazione a cura della commissione mista Consorzio-ASL

di essere informato, ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ai sensi della nuova normativa U.E. sulla privacy, **N. 679/2016 (GDPR)** entrata in vigore dal 25 maggio 2018, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

- sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del destinatario al beneficio richiesto;
- potranno essere trattati mediante strumenti informatici, solo ed esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente istanza.;
- che l'ente al quale viene presentata l'istanza e gli enti erogatori a cui sono trasmesse le informazioni sono titolari del trattamento dei dati, ciascuno per le rispettive competenze.

Data \_\_\_\_\_

Firma del destinatario dell'intervento o suo tutore

\_\_\_\_\_

<b>Spazio riservato all'ufficio dei servizi sociali del comune</b>
<b>Verifica della conformità della documentazione richiesta ai criteri di accesso alla predisposizione dell'intervento per persone non autosufficienti</b>
<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 _____

<b>Spazio riservato all'ufficio dell'area sociale del consorzio</b>
AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> PARERE POSITIVO ALL'AMMISSIBILITA' DELLA RICHIESTA
<input type="checkbox"/> PARERE NEGATIVO PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI
L'AMMISSIBILITA' è STATA EFFETTUATA DAL responsabile dell'area sociale del consorzio: DOTT/SSA _____