



# Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO VT/1

[Comuni di Montefiascone (Ente Capofila), Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Distretto A].

AL COMUNE DI :

\_\_\_\_\_ (Comune di residenza)

**Richiesta di ammissione agli interventi e servizi previsti nella  
DGR 239/13 "INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ  
GRAVISSIMA "**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Nella qualità di:

- Richiedente  
 Familiare (specificare rapporto di parentela rispetto al disabile) \_\_\_\_\_  
 Tutore / amministratore di sostegno (specificare ) \_\_\_\_\_

Del/della Sig./Sig. ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'attribuzione dell'assegno di cura previsto dalla D.G.R. 23/2013 e Determinazione Regionale n. G11355/2014 con la seguente modalità ( barrare la casella opportuna ):**

- INTERVENTI DI SOLLIEVO E SOSTEGNO ALLA PERSONA E AI FAMILIARI, ATTRAVERSO FORME DI ASSISTENZA DOMICILIARE E AIUTO PERSONALE, GESTITI DIRETTAMENTE DALL'ENTE.**

- PROGRAMMI DI AIUTO ALLA PERSONA GESTITI IN FORMA INDIRETTA mediante assunzione di un assistente personale ovvero attraverso contratti con organismi del terzo settore [organismi non lucrativi di utilità sociale ( ONLUS ); cooperative sociali; associazioni ed enti di promozione sociale].**

l sottoscritt\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR nr. 445/2000, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

- Di essere a conoscenza che il beneficio è riservato alle persone affette da disabilità gravissima di cui all'art 3 del D.M. 20 Marzo 2013.
- Di non essere beneficiario di contributi e/o sussidi economici attribuiti per le medesime finalità.
- Di essere a conoscenza ed accettare che l'assegno di cura concesso sarà sospeso nei casi di ricovero permanente in strutture socio sanitario a carattere residenziale
- Di essere a conoscenza che lo stesso è concesso per la durata compatibile ed in relazione ai finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio a questo Distretto.
- Di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste nel regolamento e nell'Avviso pubblico.
- Di impegnarsi a presentare un rendiconto bimestrale delle spese sostenute ed a stipulare idonea polizza assicurativa RCT in favore dell'operatore prescelto.
- Di sollevare il Comune di Montefiascone ( Capofila del Distretto Sociale VT/1) da ogni onere o responsabilità relativamente all' inosservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione od omissione.
- Che il codice IBAN per il versamento del rimborso è il seguente \_\_\_\_\_  
Intestato a \_\_\_\_\_
- che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

1)

- è in condizione di dipendenza vitale e con necessità di assistenza domiciliare continua nelle 24 ore.

2)

- che il nucleo familiare dell'utente è composto dalle persone riportate nella dichiarazione di stato di famiglia ( art. 46 del D.P.R. 445 /2000 ) allegata alla presente;
- che l'attestazione ISEE relativa ai redditi per l'anno 2014 ammonta a € .....;

#### DICHIARA inoltre

- Che nel nucleo familiare dell'utente sono presenti n..... altri PORTATORI DI HANDICAP:
  - titolare di indennità di accompagnamento o in possesso di certificazione medico-legale l. 104/92 (si allega copia del verbale della Commissione medica).
  - con percentuale di invalidità superiore al 75% (si allega copia del verbale della Commissione medica).
- Che nel nucleo familiare dell'utente sono presenti n. .... FIGLI MINORENNI.

- Che nel nucleo familiare dell'utente non sono presenti GENITORI/FAMILIARI/CONVIVENTI.
- Che nel nucleo familiare dell'utente sono presenti n. .... ANZIANI DI ETA' PARI O SUPERIORE AI 65 ANNI.

**Allega alla presente:**

- certificato del medico di base;**
- copia dell'attestazione ISEE, riferito al periodo d'imposta 2014, in corso di validità.**
- copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda;**
- autocertificazione stato di famiglia dell'utente.**
- Certificazione struttura sanitaria pubblica di dipendenza vitale e con necessità di assistenza domiciliare continua nelle 24 ore.**
- Copia decreto nomina tutore/amministratore di sostegno.**

**Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003:** i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_