**SPETT.LE CONSORZIO VALLE DEL TEVERE**

**Ufficio Piano di Zona**

**PIAZZA S. LORENZO, 8**

**00060 FORMELLO RM**

**c/o PUA**

**DOMANDA PER L’AVVIO DELL’ITER DI VALUTAZIONE PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA’ GRAVISSIMA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di**

* **familiare**
* **tutore (decreto Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* **amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_)**
* **altro(specificare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### CHIEDE

* Assegnazione dell’“Assegno di cura” quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;
* Assegnazione del “Contributo di cura” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER ( da compilare nel caso di richiesta del Contributo di cura)

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Convivente: [sì] [no]

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76, D. Lgs. 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 Decreto Legislativo

###### DICHIARA

di aver preso visione dell’Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste, di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

**DICHIARA altresì**

* che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
* di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza e all’Ufficio di Piano del Consorzio 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.

**Allega alla presente domanda**

* Autocertificazione della situazione familiare con l’indicazione dei componenti. (All. A).
* Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell’art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (uno o più degli All. C e/o All. D).

**N.B.: Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e siglate dal Medico in ogni pagina, pena la non ammissibilità della documentazione presentata.**

* Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente.
* Copia della certificazione medica attestante l’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.
* Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3.
* Copia documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
* Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
* Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di “Assegno di Cura”), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza.
* Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili).
* Copia della nomina del Tribunale relativa all’Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell’avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge.
* Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario.
* Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica.

**Si fa presente che le domande prive della documentazione richiesta non verranno accolte.**

**Dichiara di aver preso visione dell’Avviso Pubblico per il quale si richiede il contributo e di accettarne ogni condizione e prescrizione.**

**INFORMATIVA PRIVACY**

Informato, ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003 e al Regolamento (UE) n. 2016/679, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di Piano del Consorzio.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio Valle del Tevere. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell’Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso pubblico di cui all’oggetto

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_