

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVISSIMA (ART. 3 D.M. 26 SETTEMBRE 2016)

Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ _____	prot. n° _____ del _____
--	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)

del Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

*fa domanda di contributo economico per l'assistenza alle persone con disabilità gravissima (art. 3 D.M. 26 settembre 2016) in
condizione: A , B , C , D , E , F , G , H*

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona con disabilità gravissima, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b1. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare con disabilità gravissima presso il suo domicilio;

OPPURE

b2. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona con disabilità gravissima sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____ codice fiscale _____
nato/a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il ___/___/____, categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (____) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:
 - per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal ___/___/____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
 IBAN _____

Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona con disabilità gravissima:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____

Data ___/___/____

IL DICHIARANTE

 (firma leggibile)

Allega:

- certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali di cui all'Avviso Pubblico comunale sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018;
 - copia del certificato di invalidità da cui risulti la condizione di non autosufficienza definita ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013;
 - autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
 - autocertificazione che attesti
 - l'assistenza diretta al proprio familiare;
- oppure
- l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari;
 - dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari (se esistente);
 - documento di identità valido del dichiarante.
 - attestazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) o ISEE Minorenni relativa all'anno di presentazione della domanda.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)