

per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA  
MODELLO DI DOMANDA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA  
(AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLA DGR 395 DEL 23.06.2020)**

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

PER SE MEDESIMO

PER \_\_L\_\_ SIGNOR\_\_ \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di (barrare la casella):

familiare (specificare \_\_\_\_\_)  tutore  amministratore di sostegno  altro \_\_\_\_\_

**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 *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- Assegnazione dell'“**Intervento Diretto**” che prevede l'attivazione del servizio di assistenza continuativa attraverso gli Organismi accreditati nel proprio Distretto;

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

**dichiara:**

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza;
- ✓ di accettare tutte le condizioni in esso previste;

- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è 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 in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

**ALLEGA:**

1. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima. Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito; (ALL.A)
2. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario del contributo;
3. copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
4. attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità;
5. copia del verbale di invalidità civile 100% e copia del verbale Legge 104/92 art. 3 c.3;
6. estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (ALL.B);
7. copia di eventuale decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;

*Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l'uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all'istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.*

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_