

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2025

AVVISO PUBBLICO DEL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA PROT. N. 1375 DEL 9 GIUGNO 2025

AI SENSI DEL DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016 E DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO N. 658/2023 E N. 622/2024

l sottoscritt _____ cod. fiscale _____

residente in _____ via/p.zza _____ n. _____

tel. _____

 PER SE MEDESIMO PER _L_ SIGNOR _____ cod. fiscale _____ con

il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo _____ (figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro)

residente in _____ via/p.zza _____ n. _____

VISTO l'Avviso pubblico prot. n. 1375 del 9 giugno 2025 relativo alla presente istanza e accettatene le condizioni ivi previste,

CHIEDE di accedere agli interventi sotto indicati:

- "Assegno di cura" quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- "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).
- Attivazione del Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta.

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:

- ✓ che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti;
- ✓ che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ✓ di impegnarsi, in caso di attivazione degli interventi richiesti, a dare tempestiva comunicazione al Consorzio sociale della Bassa Sabina 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.

dichiara altresì:

- A. che la persona interessata ha beneficiato nell'annualità precedente dell'assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:**
1. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
 2. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
 3. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
 4. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità;
- B. che la persona interessata NON ha beneficiato degli interventi in oggetto nella precedente annualità e a tal fine 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** (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. **Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;**
 2. Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013 e ss.mm.ii.;
 3. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;

4. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
5. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
6. Attestazione ISEE SOCIO SANITARIO per prestazioni non residenziali in corso di validità.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., 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
