



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello A)

Spettabile Comune di _____

**DOMANDA DI PRIMA ISTANZA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI
IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA**
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non
corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,

dichiara di essere nat ___a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° _____ cap _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____

In qualità di interessato
 rappresentante legale degli interessi
 richiedente la rappresentanza legale degli interessi

CHIEDE PER

il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n° _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

e-mail _____

- ASSISTENZA DOMICILIARE
- 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 caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato)

DICHIARA DI IMPEGNARSI SIN DA ORA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI IMPEGNO COME PREVISTO DA BANDO.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

L'utente che presenta per la prima volta la domanda, deve compilare il MODULO DI PRIMA ISTANZA (Modello A) a cui va **OBBLIGATORIAMENTE, pena l'esclusione dall'istruttoria di merito**, allegata la seguente documentazione:

1. certificazione sanitaria per l'accesso agli interventi socio-assistenziali in favore alle persone in condizione di disabilità gravissima incluse **TUTTE** le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, a cura di un medico specialista di struttura pubblica (Modello E);
 2. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti (Modello B);
 3. autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semiresidenziale;
 4. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
 5. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
 6. Copia codice fiscale;
 7. ISEE sociosanitario in corso di validità;
 8. Modulo richiesta modalità di riscossione contributo economico (Modello C) con allegata fotocopia codice IBAN.
- Tale modulo è obbligatorio allegarlo alla domanda, e utilizzato solo per gli utenti risultati beneficiari e finanziabili.
9. Copia del certificato di riconoscimento dei benefici della L. 104/92 art. 3 comma 3 in corso di validità;
 10. Copia (con diagnosi) della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 e s.m.e i., i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di cura o contributo di cura e di essere consapevole



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILIA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Il/la sottoscritto/a accetta le condizioni previste nel presente avviso approvazione modifiche Comitato Istituzionale del 25/0/2023 .

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____