



CONSORZIO
INTERCOMUNALE
DEI SERVIZI E
INTERVENTI SOCIALI
**VALLE del
TEVERE**

COMUNI DI

Campagnano di Roma	Formello	Riano
Capena	Magliano Romano	Rignano Flaminio
Castelnuovo di Porto	Mazzano Romano	Sacrofano
Civitella San Paolo	Morlupo	Sant'Oreste
Fiano Romano	Nazzano	Torrita Tiberina
Filacciano	Ponzano Romano	

ALL. A

**Consorzio Valle del Tevere
c/o Comune di Formello
P.za S. Lorenzo , 8
00060 Formello(RM)**

Domanda per la concessione di finanziamenti per i piani di assistenza individualizzati in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave - L.R. 20/2006.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____

il _____ residente _____ Prov. _____

CAP _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cell. _____

e-mail _____

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ residente

in _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n. _____

rapporto di parentela _____

CHIEDE

la concessione di finanziamenti per piani di assistenza individualizzati finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave L.R. 20/06, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo € **6.000,00 (massimo € 500,00 mensili)**, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia. Resta inteso che l'importo mensile sarà determinato in base al numero complessivo di domande pervenute (Piani per le Assistenze e Piani per le Autonomie) ed al punteggio ottenuto secondo i criteri di valutazione (**All. F**).



COMUNI DI

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

- di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
 - di avere un'età compresa tra 0-64 (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
 - di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, art. 3, comma 3, L. 104/92 e, precisamente avente la seguente diagnosi (come da verbale d'invalidità)
-
- e/o essere in possesso di una diagnosi di **SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)** per cui la misurazione della compromissione funzionale non sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i);
 - di essere o di presentare domanda per conto di possessore d'invalidità civile al 100%;
 - di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST), operatori socioassistenziali (OSA), operatori tecnici ausiliari (OTA), assistenti familiari (DGR 607/2009), persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari, o Operatore Socio-Sanitario (OSS), nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti di Terzo Settore;
 - di impegnarsi a trasmettere, all'Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 marzo 2022** copia del PAI e del contratto di lavoro o convenzione;
 - che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini **entro il 3° grado di parentela**;
 - di impegnarsi a rispettare le modalità e i termini di rendicontazione esplicitati nell'Avviso pubblico;
 - di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
 - che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

Nominativo	Grado di parentela	Data di nascita	Disabilità art. 3, comma 3, L. 104/92	Invalidità civile 100%	Occupazione lavorativa

P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell'attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.



COMUNI DI

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sociali:

- di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sanitarie:

Allega alla presente domanda

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
- Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge;
- Copia verbale d'invalidità civile al 100%;
- Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi della vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi e la stadiazione della patologia (**solo per i malati affetti da SLA**);
- Estremi bancari su cui effettuare l'accredito del contributo (**All B**);
- Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, compilata e firmata in ogni sua parte dal medico di base dell'utente (All C).

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.lgs. n. 196/2003.

Data _____

Firma
