



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	

SPETT.LE CONSORZIO VALLE DEL TEVERE

**Ufficio Piano di Zona
PIAZZA S. LORENZO, 8
00060 FORMELLO RM
c/o PUA**

DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVISSIMA

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov. _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

ovvero **in qualità di**

- familiare**
- tutore (decreto Tribunale di _____ n. _____)**
- amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)**
- altro(specificare: _____)**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residente in _____ Prov. _____

_____ Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

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 caregiver.



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	

DATI RIFERITI AL CAREGIVER (da compilare nel caso di richiesta del Contributo di cura)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Telefono _____

Cell. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

Convivente: [sì] [no]

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 Legislativo

DICHIARA

di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste, di essere 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 e all'Ufficio di Piano del Consorzio in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.



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	

Allega alla presente domanda

- Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (All. A).
- Certificazione medica attestante lo stato di disabilità gravissima ai sensi dell'art.3 comma 2 del decreto 26 settembre 2016 rilasciata da un medico specialista di una struttura pubblica (uno o più degli All. C e/o All. D).

N.B.: Le scale di valutazione del DM 26/09/2016 vanno compilate e siglate dal Medico in ogni pagina, pena la non ammissibilità della documentazione presentata.

- Certificazione del medico di base nel quale siano specificate tutte le patologie di cui è affetto il paziente.
- Copia della certificazione medica attestante l'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.
- Copia della certificazione medica ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3.
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- Copia del contratto di lavoro e attestato di qualifica nei casi di assistenza prestata da personale qualificato esterno alla famiglia (solo per domanda di "Assegno di Cura"), nel caso in cui si è già in possesso di un contratto di assistenza.
- Comunicazione estremi bancari/postali (All. B) (non verranno presi in considerazione codici IBAN non leggibili).
- Copia della nomina del Tribunale relativa all'Amministratore di Sostegno/Tutore Legale, o della ricevuta dell'avvenuta presentazione della richiesta nei casi in cui è previsto dalla legge.
- Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di utente extracomunitario.
- Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità, attestante la condizione economica.

Si fa presente che le domande prive della documentazione richiesta non verranno accolte.

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso Pubblico per il quale si richiede il contributo e di accettarne ogni condizione e prescrizione.



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	

INFORMATIVA PRIVACY

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 e al Regolamento (UE) n. 2016/679, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Consorzio.

Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Consorzio Valle del Tevere. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell'Ufficio di Piano.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico di cui all'oggetto

Data _____

Firma
