



MODULO DI MANTENIMENTO PER UTENTI BENEFICIARI DEL CONTRIBUTO

Al Distretto Socio-Sanitario RM 5.5

c/o il Comune di residenza _____

DISABILITA' GRAVISSIMA

Programma attuativo degli interventi in favore delle persone non autosufficienti in condizioni di disabilità gravissima ai sensi del Decreto interministeriale del 26 settembre 2016, ivi incluse le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) in relazione alla gravità della compromissione funzionale e Malati di Alzheimer solo nel caso il cui deficit funzionale connesso all'evoluzione della patologia rientri nelle condizioni di cui all'art.3 comma 2 del Decreto interministeriale

Richiedente (utente stesso o altra persona referente)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

_____ Nato/a a _____ prov _____ il/ _____

_____ / _____ Residente nel Comune di _____

_____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P.

_____ tel. _____ /cell. _____

_____ Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____

_____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

_____ C.A.P. _____

Richiedente in favore di

(cognome) _____ (nome) _____

_____ Nato/a a _____ prov _____ il/ _____

_____ / _____ Residente nel

Comune di _____ prov. _____

_____ Via/Piazza _____ n. _____

_____ C.A.P. _____ tel. _____ /cell. _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

_____ Via/Piazza _____ n. _____

_____ C.A.P. _____

in qualità di:

- Caregiver;
- Amministratore di sostegno;
- Genitore;

Già beneficiario del:

- CONTRIBUTO DI CURA;
- ASSEGNO DI CURA

Dichiara:

1) Il beneficiario o suo delegato, dichiara di:

- Confermare la scelta in merito all'erogazione del contributo di cui sopra;
- Modificare la scelta di erogazione del contributo:

DA:

- CONTRIBUTO DI CURA
- ASSEGNO DI CURA

A:

- CONTRIBUTO DI CURA
- ASSEGNO DI CURA

2) Indicazione di un diverso caregiver e/o di cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza):

- NO
- SI

Se SI, specificare il cambiamento dello stato anagrafico del caregiver (convivenza):

3) Attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali:

- NO
- SI

Se SI, specificare tipo di servizio e ore:

4) Modifiche compromissione funzionale

- SI
- NO

Se si, specificare:

5) Allega al presente modulo:

- Attestazione ISEE SOCIOSANITARIO in corso di validità per i nuclei familiari con componenti con disabilità ai sensi del DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e della legge 26 maggio 2016, n. 89;
- Indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n° 18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n°159/2013;
- Provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno/ Tutore secondo normativa vigente in materia (o richiesta dell'atto di nomina) o, qualora non fosse stato emesso, la ricevuta di presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente nel caso in cui l'Utente si trovi, al momento di presentazione della domanda, nelle condizioni dalla legge 9 Gennaio 2004, n 6 relativa all'istituzione dell'Amministratore di sostegno, devono corredare la domanda con il
- Eventuale attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY (art. 13 e 14 del G.P.R. 679/2016)

I dati personali trattati dal Comune di San Vito Romano sono raccolti per finalità di assistenza pubblica. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il Comune di San Vito Romano, Borgo Mario Theodoli n.34, che si avvale anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente
