

(indicare il Comune di residenza)

**DOMANDA PER L'AVVIO DELL'ITER DI VALUTAZIONE  
PER LA CONCESSIONE DI UN FINANZIAMENTO FINALIZZATO AD INTERVENTI  
DOMICILIARI IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA'  
GRAVISSIMA**

Il/La sottoscritto/a

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Cognome</b>   | <b>Nome</b>                |
| <b>Nato/a a</b>  | <b>il</b>                  |
| <b>residente a</b>   | <b>in Via</b>              |
| <b>Provincia</b>   | <b>CAP</b>                 |
| <b>CODICE-FISCALE</b><br>I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I |                            |
| <b>recapito telefonico</b>   | <b>Eventuale cellulare</b> |

**In qualità di:**

- DIRETTO/A INTERESSATO/A

**OVVERO Nel caso la persona sia in stato di impedimento cognitivo permanente e/o fisico, in qualità di:**

- CONIUGE o in sua assenza FIGLIO/A o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) \_\_\_\_\_ *(In questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il MODELLO 1 di fronte ad un pubblico ufficiale)*

- TUTORE  
 CURATORE  
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**OVVERO nel caso di minore, in qualità di:**

- GENITORE ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE IN VIA ESCLUSIVA (allegare istanza)
- GENITORE (in questo caso è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Cognome</b>   | <b>Nome</b>   |
| <b>Nato/a a</b>  | <b>il</b>     |
| <b>residente a</b>   | <b>in Via</b> |
| <b>Provincia</b>   | <b>CAP</b>    |
| <b>CODICE FISCALE</b><br>I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I |               |

**DATI DELLA PERSONA PER CUI SI CHIEDE IL BENEFICIO:**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>Cognome</b>  | <b>Nome</b>                |
| <b>Nato/a a</b>   | <b>il</b>                  |
| <b>residente a</b>  | <b>in Via</b>              |
| <b>Provincia</b>  | <b>CAP</b>                 |
| <b>CODICE FISCALE</b><br> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |                            |
| <b>recapito telefonico</b>                                      | <b>Eventuale cellulare</b> |

Considerata la condizione di **disabilità gravissima** che **dovrà** essere documentata dalle seguenti scale come da requisiti presenti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159/2013:

### DICHIARA

che il sig./ ra \_\_\_\_\_ già fruisce del contributo o ha già fruito del contributo quale:

assegni di cura ;

contributo di cura /caregiver ;

### 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*.

### DICHIARA

1. 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 e di possedere un reddito ISEE socio-sanitario pari ad € \_\_\_\_\_ prot. INPS – ISEE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2. di essere a conoscenza che il Comune di residenza ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, **potrà procedere ad idonei controlli** diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti;

3. di essere a conoscenza che il beneficio è **compatibile con:** interventi di assistenza domiciliare integrata, componente sanitaria; interventi riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o domiciliare; ricoveri ospedalieri/riabilitativi per un periodo non superiore ai 15 giorni, decorso il quale il contributo verrà sospeso; ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie ed altre azioni di sollievo, complementari al percorso di assistenza domiciliare definito nel PAI.

4. di essere a conoscenza che il beneficio **NON è compatibile con** gli assegni di cura della non autosufficienza.
5. di essere a conoscenza che il beneficio **NON è compatibile con:** ricoveri di sollievo il cui costo sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea presso strutture sanitarie o socio sanitarie; trasferimento della residenza della persona beneficiaria in un altro comune non facente parte del Distretto 1 Roma 4 o in un'altra regione. L'assegno di cura non è cumulabile con altri interventi di assistenza, componente sociale, a domicilio già attivi in favore del cittadino e coperti da risorse regionali, se non in termini di possibile implementazione delle ore di copertura assistenziali necessarie a seguito di rivisitazione del PAI a tutela della persona
6. di essere a conoscenza in caso di trasferimento della residenza della persona in altro distretto l'erogazione del beneficio viene interrotta.
7. che, qualora la presente richiesta di contributo mensile venga accolta, **si impegna a comunicare tempestivamente qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo mensile.**
8. che, qualora la presente richiesta di contributo venga accolta, l'Ufficio di Piano provveda a liquidarne l'importo mediante bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

|  |
|--|
| Intestato a: Nome e Cognome _____ (beneficiario<br>dell'intervento)  |
| Codice Fiscale I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I<br>Luogo e data di Nascita _____            |
| Indirizzo _____  |
| Recapito Telefonico _____  |
| CODICE IBAN (obbligatorio 27 caratteri)<br><br>I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I |
| <b>EVENTUALE COINTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE</b>   |
| Intestato a: Nome e<br>Cognome _____   |
| Codice Fiscale I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I<br>Luogo e data di Nascita _____            |
| Indirizzo _____  |

Recapito Telefonico

---

**ALLEGA:**

- Documentazione medica attestante la patologia e il grado di disabilità, rilasciata dal medico specialista (ES: documentazione medica rilasciata all'atto della dimissione ospedaliera con relativa scala di valutazione che attesta la condizione di disabilità prevista dalla normativa) secondo i modelli allegati ( solo per nuove domande o per nuova valutazione);
- copia del certificato di invalidità (attestante il riconoscimento dell' indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 o lo stato di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM 159/2013 come meglio specificato nell'Avviso Pubblico);
- copia del Documento di identità della persona affetta da gravissima disabilità e del richiedente qualora fosse persona distinta;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno;
- copia dell'attestazione ISEE (la documentazione che non è possibile presentare a causa emergenza covid -19 va comunque inoltrata anche successivamente e appena possibile per dare modo alla commissione esaminatrice di procedere alla valutazione dei punteggi) ;
- Nel caso all'interno del nucleo familiare siano presenti altre persone disabili portare la certificazione del riconoscimento dell'invalidità e della Legge 104.

**13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cerveteri, è contitolare del trattamento il Comune di Ladispoli.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- sono trattati da personale dei comuni del Distretto;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Firma del richiedente

---

-