



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
FROSINONE



Al Comune di _____

Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

MODELLO 2 – Dichiarazione

**Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 395/2020)**

DICHIARAZIONE DI ACCESSO

Il sottoscritto (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario interventi Avviso Pubblico Disabilità Gravissima 02.12.2019;

oppure:

familiare

tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)

amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)

altro (*specificare: _____*)

di beneficiario interventi Avviso Pubblico Disabilità Gravissima 02.12.2019:

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Per il rinnovo dell'istanza di accesso agli interventi in favore di persone affette da Disabilità Gravissima
di cui all'Avviso Pubblico 23/03/2021:**

DICHIARA QUANTO SEGUE (*barrare la voce di pertinenza*):

- Di voler confermare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico, aggiornando esclusivamente il Modello ISEE che si rimette in allegato, corredato dai documenti di identità validi del richiedente e del beneficiario;
- Di voler aggiornare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico, relativamente ai seguenti aspetti (*barrare/compilare le sole voci di pertinenza*):

1. Intervento richiesto – si sostituisce la precedente richiesta con la seguente:

- o servizio di assistenza domiciliare diretta erogato da un qualificato Ente gestore attraverso un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- o assegno di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite assunzione di un operatore qualificato ai sensi della DGR n.88/2017, scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di organizzazioni di fiducia;
- o contributo di cura finalizzato a realizzare un intervento di assistenza domiciliare indiretta, tramite riconoscimento e supporto alla figura del caregiver familiare, quale componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER (<i>compilare solo ove si richieda il contributo di cura</i>)																												
Cognome _____							Nome _____																					
nato/a a _____				prov. _____			il _____																					
residente nel Comune di _____							prov. _____																					
Via/Piazza _____							n. _____																					
C.A.P. _____				tel. _____																								
e-mail _____																												
domicilio (<i>solo se diverso dalla residenza</i>) Comune di _____							prov. _____																					
Via/Piazza _____							n. _____																					
C.A.P. _____				tel. _____																								
Codice fiscale																												
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																												
Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____																												

2. Condizione di salute - livello di gravità/stadiazione della patologia, come attestato dalla documentazione sanitaria allegata.

3. Modalità di erogazione del contributo:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- di **fruire / non fruire** degli interventi previsti nella misura di sostegno alle famiglie con minori in età evolutiva (0-12 anni) con Disturbi dello Spettro Autistico (L. R. 7/2018 e relativi provvedimenti di attuazione) (*cancellare l'ipotesi che non ricorre*);
- che il **caregiver** familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale (*barrare solo in caso di richiesta di contributo di cura*);

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone; Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Servizi alla Persona, RUP del presente procedimento, dr. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima"* della Regione Lazio, ai sensi della DGR n 329/2020.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
