

Al Distretto Unico Aziendale dell'ASP di Crotona

OGGETTO: DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L'ATTIVAZIONE DEL CONTRIBUTO DESTINATO ALLE DISABILITÀ GRAVISSIME

Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati agli acquisti di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari -caregiver e vicinato sulla base di piani personalizzati di assistenza.

Destinatari: persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica.

IL SOTTOSCRITTO

Dati del soggetto dichiarante:

Nome	Cognome
Data di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale	
Residenza (Comune)	Via
Titolo *	Telefono

- * scegliere tra le seguenti opzioni: a) interessato - b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale - c) legale rappresentante.

Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)

Nome	Cognome
Data di nascita	Comune di nascita
Codice fiscale	
Residenza (Comune)	Via
Telefono	

CHIEDE

l'accesso alla valutazione per la concessione della misura economica stanziata con il suddetto atto a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso dei requisiti richiesti.

Ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi.

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio - sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con il reinserimento definitivo in struttura residenziale, con il trasferimento al di fuori del territorio regionale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
- di impegnarsi, se ammesso al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al suddetto Distretto Sanitario in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura e / o riabilitazione o di ricovero di

sollievo che superi i trenta giorni, ai fini della sospensione temporanea del beneficio, oppure in caso di decesso del beneficiario;

- di non usufruire di altri interventi e servizi socio - assistenziali (servizi domiciliari, ecc.) erogati dai Comuni, dichiarando di essere a conoscenza che l'accettazione dell'assegno di cura è, pertanto, sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio - assistenziale;
 - di non usufruire di altre forme di assistenza socio sanitaria domiciliare H24 erogata da Enti pubblici o privati accreditati;
- oppure
- di usufruire di assistenza socio sanitaria H 24 _____ (specificare)
erogata da _____ (specificare)

ALLEGA:

- Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità di cui all'art. 3 del Decreto Ministeriale 26 settembre 2016;
- Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità, con limite, per accesso al contributo, di € 60.000,00;
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario de contributo;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario;
- Copia del Decreto di nomina di tutela, curatela o di amministrazione di sostegno (se ricorre il caso)

CHIEDE

che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Qualora l'istanza venga accettata dalla commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

diretto a Sig..... nat... a..... Prov..... il.....

CF:.....

tramite accredito sul conto corrente bancario / postale

(codice IBAN) _____

e / o banca/ ufficio Postale _____ sede / Agenzia di _____

informativa privacy: il sottoscritto è informato, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003, 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 o 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 al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il distretto Sanitario competente.

Dichiarazione di consenso: consapevole della modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N° 196/2003 e s.m. L. 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 Calabria, ai sensi della D.G.R. N° 164/2016.

Luogo e data _____

Firma