

## ALLEGATO 2

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Distretto Sociosanitario di \_\_\_\_\_

Zona Sociale di \_\_\_\_\_

---

### Domanda di valutazione per l'attivazione del contributo destinato alle disabilità gravissime

*(Fondo per le Non Autosufficienze anno 2016. Supporto alla persona con disabilità gravissima mediante trasferimenti monetari alle famiglie finalizzati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi servizi domiciliari da parte dei familiari - caregiver e vicinato - sulla base dei piani personalizzati di assistenza).*

**Destinatari:** Tutti i soggetti richiamati all'articolo 2 dell'Avviso Pubblico

#### Dati del soggetto richiedente:

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		Telefono	

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

#### Dati del beneficiario (se diverso dal soggetto richiedente)

Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Residenza	

\*specificare il domicilio momentaneo se diverso dalla residenza

#### CHIEDE

L'accesso alla valutazione per l'attivazione 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, o falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

#### DICHIARA

- Che il beneficiario non è attualmente ricoverato presso alcuna struttura sociosanitaria o socio-assistenziale;
- Di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento 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, in caso di ammissione 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 30 giorni, per la 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, e che l'accettazione dell'assegno di cura è pertanto sostitutiva di ogni altra prestazione di carattere socio assistenziale;
- Di acconsentire alle verifiche che l'ASP intende eventualmente programmare, presso il domicilio della persona riconosciuta portatrice di disabilità gravissima, con proprio personale qualificato.

ALLEGA

[ ] Certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza/gravità

[ ] 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 sociosanitario in corso di validità e regolarità con limite di euro 60.000

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;

[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario

[ ] Copia di eventuale Decreto di nomina per Tutela, Curatela, Amministrazione di Sostegno

[ ] Altro \_\_\_\_\_

CHIEDE che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via /Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ ; FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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

diretto a : Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ ; Codice Fiscale \_\_\_\_\_

tramite accredito su :

Conto Corrente Bancario [  ] Conto Corrente Postale [  ]

Intestato a : \_\_\_\_\_

**N.B. NON SONO AMMESSI LIBRETTI AL PORTATORE**

(Codice IBAN 27 caratteri) \_\_\_\_\_

[  ] c/o Banca / Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Sede/Agenzia \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY:** *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 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 al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.*

**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 previste dagli "Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima" della regione Calabria, ai sensi della DGR n. 364/2016.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_