

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI  
DISABILITA' GRAVISSIMA**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_.

Da compilare se la domanda non è presentata dal diretto interessato/beneficiario:

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Familiare
- Tutore (Decreto del Tribunale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- Amministratore di Sostegno (Decreto del Tribunale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)
- Altro \_\_\_\_\_

convivente  si / no

in favore di (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI, C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573  
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

### 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 familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

#### DATI RIFERITI AL FAMILIARE/CAREGIVER:

(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 \_\_\_\_\_  
grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_  
Convivente:  SI  NO

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. N. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'atr. 75 del suddetto D. Lgs. Dichiaro di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Via Tommaso Morroni, n. 28, 02100. RIETI, C.F. 90075000571, P.IVA 01162090573  
email: consorziosocialeri1@aruba.it, pec:consorziosocialeri1@pec.it. Tel. 0746/268663

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al servizio sociale del proprio Comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cure e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

#### ALLEGA

- certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del Decreto interministeriale del 26/09/2006 (v. anche par. 1 del presente avviso) e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato;
- copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contribuente;
- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente ( *se diverso dal beneficiario del contribuente*);
- copia DSU e attestazione ISEE socio-sanitario per prestazioni non residenziali in corso di validità.

#### CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:** Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., il sottoscritto autorizza il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso pubblico "*Interventi in favore di persone in condizione di disabilità gravissima*".

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

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_