**Allegato A  
MODELLO DI DOMANDA**

* 1. All’ **Ufficio di Piano** del
  2. **Consorzio sociale della Bassa sabina**
  3. Via Riosole, 31 - 02047 - Poggio Mirteto (RI)

*per il tramite del Comune di* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Oggetto:* *Interventi rivolti a persone con malattia di Alzheimer- anno 2025***

***Avviso pubblico del consorzio sociale della bassa sabina prot. n. 1419 del 12.06.2025***

\_l\_sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* PER SE MEDESIMO
* PER \_L\_ SIGNOR\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il quale il richiedente è legato dal seguente vincolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(figlio/a, padre, madre, tutore, fratello, sorella, altro) residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/p.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_ n. \_\_\_\_

**CHIEDE**

🞎 l’**Assegno di cura** quale contributo economico finalizzato all’acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall’assistito e dalla famiglia;

🞎 il **Contributo di cura** quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *care giver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

**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’art. 75 del suddetto decreto

**dichiara:**

* **di aver preso visione dell’Avviso pubblico prot. n. 1419 del 12.06.2025** relativo alla presente istanza,
* **di accettare tutte le condizioni in esso previste** e
* **che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti**;

**dichiara inoltre:**

* che il destinatario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
* di impegnarsi, in caso di assegnazione del contributo richiesto, a dare tempestiva comunicazione all’Ufficio di Piano presso il Consorzio sociale della Bassa Sabina in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

**Il sottoscritto** a tal fine allega alla presente obbligatoriamente, pena l’esclusione dall’istruttoria di merito, la seguente documentazione:

1. certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria specialistica pubblica che certifichi la malattia di Alzheimer e il punteggio conseguito sulla scala CDR estesa che deve comunque essere allegata alla stessa certificazione;
2. Copia della certificazione medica attestante l’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, oppure certificazione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
3. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
4. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
5. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
6. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B.);
7. attestazione I.S.E.E. relativa alla condizione economica dei nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n. 159 e la legge 26 maggio 2016, n. 89, valido per il 2025;
8. autocertificazione di residenza del care giver qualora si intenda richiedere il contributo di cura di cui al precedente paragrafo 2.2.

***Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto autorizza l’uso e il trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza, con le modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali all’istruttoria della richiesta e alla conseguente eventuale concessione dei benefici richiesti.***

**Firma del richiedente**

**Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

modello B

Al Consorzio sociale della Bassa Sabina

Ufficio di Piano

OGGETTO: Autodichiarazione sulla presenza di una rete sociale e familiare e/o accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità ai sensi dell’art.4, terzo punto elenco, lettera b. dell’Avviso Pubblico n. 1419 del 12.06.2025 “Interventi rivolti a persone con malattia di Alzheimer – anno 2025”.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod.fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_

**in qualità di richiedente l’attivazione degli interventi di cui all’avviso pubblico in oggetto in favore di:**

* **se stesso/a ovvero**
* **del/la signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **visto l’avviso pubblico prot. n. 1419 del 12.06.2025;**
* **al fine di consentire alla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) l’attribuzione del punteggio relativo alla presenza di una rete sociale e familiare e/o l’accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità come previsto dall’avviso pubblico in oggetto al paragrafo 4, punto elenco 3, lett. b.;**

**DICHIARA**

**consapevole delle responsabilità penali a cui può andar incontro ai sensi dell’art.76 del D.Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art.75 del suddetto decreto;**

che la persona per la quale è stata richiesta l’attivazione degli interventi previsti:

**contrassegnare con una X l’opzione che si vuole dichiarare**

* + A.1 usufruisce di servizi privati di assistenza domiciliare e/o educativa fornita da singoli operatori (Oss, Assistente familiare, educatore, ecc.) o da organismi privati (società cooperative, associazioni, ecc.) per un numero di ore al giorno pari in media a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + A.2 non usufruisce di alcuno dei servizi sopra indicati;  
    ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  + B.1 oltre al caregiver può contare sull’aiuto o l’assistenza anche parziale di n. \_\_\_\_\_ familiari maggiorenni anche non conviventi;
  + B.2 può contare esclusivamente sul caregiver per ogni tipo di aiuto e assistenza;   
    -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  + C.1 è assistita da un care giver nel cui nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ minorenni e n. \_\_\_ ultra 75enni (oltre alla persona per la quale sono stati richiesti gli interventi in oggetto);  
    --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  + D.1 è beneficiario del Programma Home Care Premium;
  + D.2 non è beneficiario del Programma Home Care Premium;  
    -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  + E.1 è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA);
  + E.2 non è beneficiario del Titolo di Cura ed Assistenza distrettuale (TCA);  
    -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
  + F.1 è beneficiario di contributi per l’assistenza domiciliare o socioeducativa di qualsiasi natura e provenienza, ad eccezione del Titolo di Cura ed assistenza distrettuale, pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
  + F.2 non è beneficiario di alcun contributo per l’assistenza domiciliare o socioeducativa.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_