**MODELLO A. DOMANDA**

* + **al consorzio sociale della bassa sabina**

 Via Riosole, 31

 02047 - Poggio Mirteto (RI)

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

***Oggetto:* *Interventi rivolti a persone con gravissima disabilità - anno 2025***

***Avviso pubblico del CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA prot. n. 1375 del 9 giugno 2025***

***ai sensi del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e delle Deliberazioni della Giunta regionale del Lazio n. 658/2023 e n. 622/2024***

\_l\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cod. 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\_\_\_\_\_\_

**VISTO** l’Avviso pubblicoprot. n. 1375 del 9 giugno 2025 relativo alla presente istanza e accettatene le condizioni ivi previste,

**CHIEDE di accedere agli interventi sotto indicati:**

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

 “**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).

 Attivazione del Servizio di **Assistenza domiciliare in forma diretta**.

**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:**

* che il potenziale destinatario del contributo richiesto è in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità previsti;
* 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 attivazione degli interventi richiesti, a dare tempestiva comunicazione al 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.

**dichiara altresì:**

* **A. che la persona interessata ha beneficiato nell’annualità precedente dell’assegno/contributo di cura per la disabilità gravissima e a tal fine allega:**
1. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
2. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
3. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
4. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità;
* **B. che la persona interessata NON ha beneficiato degli interventi in oggetto nella precedente annualità e a tal fine allega:**
1. 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 settembre 2016** (v. anche par. 1 del presente avviso) secondo quanto indicato agli allegati 1 e 2 allo stesso decreto. **Nella certificazione medica deve essere esplicitato il riferimento alla scala di misurazione utilizzata e il punteggio conseguito;**
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 e ss.mm.ii.;
3. copia del documento di identità in corso di validità del potenziale beneficiario del contributo;
4. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal potenziale beneficiario);
5. autocertificazione delle risorse della rete socio familiare (utilizzando il modello allegato B);
6. Attestazione **ISEE SOCIO SANITARIO** per prestazioni non residenziali in corso di validità.

***Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., 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.***

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

 **Firma del richiedente**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**modello B**

* + **al consorzio sociale della bassa sabina**

 Via Riosole, 31

 02047 - Poggio Mirteto (RI)

OGGETTO: Autodichiarazione sulla presenza di una rete sociale e familiare e/o accesso a benefici di qualsiasi natura e provenienza a sostegno della domiciliarità – 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. 1375 del 9 giugno 2025;
* consapevole che la misura di sostegno potrà essere graduata nel valore minimo in funzione all’ISEE socio sanitario e della compresenza di altri servizi/prestazioni socio assistenziali già attivi al fine di consentire alla Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) l’assegnazione del punteggio ed effettuare la graduazione del contributo per utente per l’accesso all’assegno/contributo di cura tenendo conto dei criteri definiti dalla DGR Lazio n. 897 del 9 dicembre 2021;

**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 INTERESSATA USUFRUISCE DEI SEGUENTI INTERVENTI/SERVIZI**

**contrassegnare con una X la casella corrispondente**

|  |
| --- |
| **Servizi socio assistenziali compresenti rispetto al beneficio riconosciuto all’utente per la condizione di disabilità gravissima** |
| * Nessun servizio
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali;
* HCP o altri contributi economici finalizzati all’assistenza minori o uguali a € 300,00;
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;
* HCP o altri contributi economici finalizzati all’assistenza minori o uguali a € 450,00;
* 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali;
* HCP o altri contributi economici finalizzati all’assistenza minori o uguali a euro €600,00;
* 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali;
* HCP o altri contributi economici finalizzati all’assistenza minori o uguali a euro €750,00;
* 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali;
* HCP o altri contributi economici finalizzati all’assistenza minori o uguali a euro € 900,00;
* 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
* Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio.
 |
| Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi:* 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale;
* almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio.
 |

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