

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA**  
**(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**  
**MODELLO DI ISTANZA PER L'ASSEGNO DI CURA/CONTRIBUTO DI CURA/ ASSISTENZA**  
**DOMICILIARE DIRETTA**

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

familiare \_\_\_\_\_

tutore (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_)

amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_)

altro (specificare: \_\_\_\_\_ )

in favore di: (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

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

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### 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 care giver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- Servizio di assistenza domiciliare diretta.

DATI RIFERITI AL CAREGIVER ( da compilare qualora sia richiesto l'assegnazione del “Contributo di cura”:

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

V ia/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

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

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_

Convivente: [ ] sì [ ] no

CODICE IBAN: \_\_\_\_\_

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 D. Lgs. dichiara 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.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria 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 cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

### **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 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima e lo strumento di valutazione utilizzato;
2. certificato di riconoscimento di invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1998
3. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
4. copia del permesso o della carta di soggiorno in corso di validità, se cittadino extracomunitario;
5. copia del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
6. autocertificazione dello stato di famiglia con indicazione dei componenti;
7. copia del verbale Legge 104/1992 se in possesso;
8. copia del decreto di nomina di tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso.
9. attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, con facoltà di presentare ISEE ristretto. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni, sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni, con facoltà di presentare ISEE ristretto;
10. autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario con indicazione dei componenti (Allegato n. 1 al Modello di istanza);
11. informativa Privacy firmata (Allegato 2 al Modello di Istanza).

### **CHIEDE**

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

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

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

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

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

**Firma del richiedente**