



PAGUS

Consorzio intercomunale dei Servizi Sociali
Distretto RM5.2

MODULO DI RINNOVO

(Allegato 3)

Al Comune di _____

Area Servizi Sociali

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____		
Nato/a il _____ a _____		
Residente nel Comune di _____ Prov. _____ Cap. _____		
Domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Cap. _____		
In P.zza/Via _____ n. _____		
Tel. _____ Cell _____ Mail _____		
Codice Fiscale _____		
Medico di Medicina generale _____ Tel. _____		

Chiede di accedere ad uno dei seguenti interventi (è obbligatorio BARRARE UN INTERVENTO):

- ☐ **all'assegno di cura**, attraverso contributo economico a rimborso, totale o parziale, delle spese sostenute nell'anno 2024 per prestazioni assistenziali domiciliari rese da personale qualificato e con regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati coi familiari ed affini;
- ☐ **potenziamento del servizio di assistenza domiciliare**, attraverso contributo economico volto all'attivazione o al rafforzamento del supporto alla persona disabile gravissima e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare distrettuale;
- ☐ **al contributo di cura** attraverso la figura del caregiver familiare.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

- ☐ familiare
- ☐ tutore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ altro (specificare) _____

Del Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____ Cap. _____

Domiciliato nel Comune di _____ Prov. _____ Cap. _____

In P.zza/Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell _____ Mail _____

Codice Fiscale _____

Medico di Medicina generale _____ Tel. _____

Chiede di accedere ad uno dei seguenti interventi (è obbligatorio **BARRARE UN INTERVENTO**):

- ☐ ***all'assegno di cura***, attraverso contributo economico a rimborso, totale o parziale, delle spese sostenute nell'anno 2024 per prestazioni assistenziali domiciliari rese da personale qualificato e con regolare contratto di lavoro. Non vengono finanziate le spese derivanti da rapporti di lavoro realizzati coi familiari ed affini;
- ☐ ***potenziamento del servizio di assistenza domiciliare***, attraverso contributo economico volto all'attivazione o al rafforzamento del supporto alla persona disabile gravissima e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare distrettuale;
- ☐ ***al contributo di cura*** attraverso la figura del caregiver familiare.

A tal fine:

- Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'Art. 76, D.Lgs. 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.;

- Informato, ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati al fine di consentire l'attività di valutazione e per l'implementazione del registro di patologia; 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 all'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune.

Allega alla presente domanda, *PENA L'ESCLUSIONE*:

1. autocertificazione che la persona affetta da disabilità gravissima non sia ricoverata, a tempo indeterminato, presso una struttura residenziale o semiresidenziale (allegato 5);
2. copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
3. copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
4. ISEE socio-sanitario in corso di validità;
5. Modulo richiesta modalità di riscossione contributo economico (se differente dall'ultimo comunicato) e fotocopia codice IBAN (Allegato 6 - tale modulo è obbligatorio per i richiedenti *assegno di cura* o *contributo di cura*, ma verrà preso in considerazione soltanto per gli utenti che saranno ammessi al beneficio);
6. Scheda caregiver familiare, obbligatoria per i richiedenti il *contributo di cura* solo in caso di variazione di tale figura (Allegato 7).

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
P.zza/Via _____ Comune di _____ Prov. _____ Cap. _____
Tel. _____ Cell. _____ Mail _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 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 di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data / /

Firma