

per il tramite del Comune di _____

OGGETTO: INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ - ANNO 2026

AVVISO PUBBLICO DEL CONSORZIO SOCIALE DELLA BASSA SABINA PROT N. _____ DEL _____ 2026

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 pubblico prot. n. _____ del _____ 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

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 2026.

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. ___ del _____;
- 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
<input type="checkbox"/> Nessun servizio
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 300,00;
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a € 450,00; <input type="checkbox"/> 1 g. di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra le 13 e le 18 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 600,00; <input type="checkbox"/> 2 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare tra 25 e 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 750,00; <input type="checkbox"/> 3 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali; <input type="checkbox"/> HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro € 900,00; <input type="checkbox"/> 4 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> Fino a 2 gg./settimana di frequenza in un laboratorio.
Compresenza di almeno uno dei seguenti servizi: <input type="checkbox"/> 5 gg di frequenza settimanale in un centro diurno o semiresidenziale; <input type="checkbox"/> almeno 3 gg/settimana di frequenza di un laboratorio.

data _____

firma _____