

Al Distretto Socio Sanitario Rm 5.3

c/o Comune di Tivoli
Settore IV Welfare
Servizi alla persona

Oggetto: Home Care Alzheimer (Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze)

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

Pec

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in n. CAP tel.

Nel caso in cui il richiedente non coincidesse con il beneficiario, compilare la seguente sezione.

Richiedente in qualità di:

tutore amministratore di sostegno altro, specificare

IN FAVORE DI:
BENEFICIARIO

Nome e cognome

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in n. CAP tel.

CHIEDE

Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012)

I sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del 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 socio-sanitaria 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 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

Si allegano:

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al bando;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario e del familiare o amministratore di sostegno/tutore;
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità.
- solo per i nuovi istanti: certificazione sanitaria attestante la malattia di Alzheimer o malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile), rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL), rilasciati nel corso degli ultimi 12 mesi, dagli ex Centri Uva/CDCD o da specialista neurologo o geriatra di struttura pubblica e/o accreditata del sistema sanitario nazionale, o da Centri di Assistenza Domiciliare CAD. I test vanno allegati per esteso.

Nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi la condizione di impossibilità di firma, allega altresì:

- provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno /tutore secondo la normativa vigente in materia o qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta dell'avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____ residente a _____
 in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
 email _____ C.F. _____
 domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di _____
 in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

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

che lo **stato di famiglia** del sig./della sig.ra (beneficiario dell'assistenza indiretta):

Nome e cognome _____
 nato/a a _____ il _____ residente a _____
 in _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
 email _____ C.F. _____

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e Data

Firma
