

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.
domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di
in n. CAP tel.
in qualità di:
 familiare altro, specificare

**RICHIEDENTE IN FAVORE DEL
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.

DICHIARA

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.

CHIEDE

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

Si allegano:

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al presente;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario e del caregiver (o amministratore di sostegno/tutore);
- eventuale provvedimento di nomina di Amministratore di sostegno /tutore secondo la normativa vigente in materia;
- 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) di recente somministrazione, rilasciati o dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o da Centri Assistenza Domiciliare CAD. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio è consigliabile presentare i test di autonomia di più recente rilascio.
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luogo e Data

Firma
