

Oggetto: Interventi in favore di persone affette da disabilità gravissima – Continuità assistenziale (Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il residente a in
n. CAP tel. (obbligatorio) cell.
email C.F.

in qualità di Genitore Altro familiare

del/la Sig./Sig.ra nato/a a
il residente a in
n. CAP tel. C.F.

DICHIARA

- che il/la Sig./Sig.ra versa in stato di **disabilità gravissima**;
- che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di cura o contributo di cura e di essere consapevole che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

RICHIEDE

per l'annualità

- l'assegnazione dell'“**Assegno di cura**” quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- l'assegnazione del “**Contributo di cura**” quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del *caregiver familiare* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).
- l'assegnazione di un **sostegno economico a supporto del pagamento di interventi complementari all'assistenza domiciliare**, come ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie (**in regime semiresidenziale**), per quanto concerne l'onere della quota sociale.
- l'**assistenza domiciliare** quale intervento di assistenza a domicilio prestato da personale qualificato del servizio pubblico.

Si allegano:

- Autocertificazione della situazione familiare con l'indicazione dei componenti. (mod. A).
- Autocertificazione del caregiver attestante la residenza solo per chi presenta domanda per il “contributo di cura” (mod. B)
- Documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo.
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo.
- Copia documento di IBAN postale o bancario con nominativo dell'intestatario (non verranno prese in considerazione coordinate bancarie scritte a mano).

Inoltre sottoscrivo il mio impegno a fare pervenire, **pena la decadenza dal beneficio**:

- entro il 30/04/2020 il **modello I.S.E.E.**, (indicatore della situazione economica equivalente) attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 e la legge 26 maggio 2016, n.89, **annualità 2020 redditi 2019, (richiedibile dal 16.01.2020)**.

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

MODELLO B

AUTOCERTIFICAZIONE DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a nato/a a
il residente a in
n. CAP tel. (obbligatorio) cell.
email C.F.

in qualità di caregiver

del/la Sig./Sig.ra nato/a a
il residente a in
n. CAP tel. C.F.

Che versa in condizione di **disabilità gravissima**, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Tivoli in qualità di capofila del Distretto RM5.3,

CHIEDE

che l'accredito dell'assegno/contributo di cura o del sostegno per interventi complementari all'assistenza domiciliare per persone affette da disabilità gravissima, annualità , avvenga sul c/c postale o bancario allegato alla presente istanza,

intestato a

Si avvisa inoltre che l'eventuale contributo economico riconosciuto è vincolato, ai sensi del decreto sulla trasparenza (DLgs n. 33/2013 artt. 26 e 277) e alle indicazioni tecniche fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla pubblicazione sul sito Amministrazione Trasparente del Comune di Tivoli e nella sezione Albo Pretorio on-line del sito istituzionale, dei propri dati e dell'importo del contributo assegnato.

Luogo e Data

Il Dichiarante

ULTERIORI DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, i cui dati anagrafici compaiono nell'apposita sezione del presente modulo, **DICHIARA CHE QUANTO AFFERMATO IN OGNI PARTE DELLO STESSO CORRISPONDE AL VERO**, nonché:

- di aver preso piena conoscenza di tutte le norme e condizioni stabilite nell'Avviso Pubblico per la concessione dell'assegno/contributo economico destinato alle persone affette da disabilità gravissima, di cui al Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017, e di impegnarsi a produrre, nei termini e con le modalità che gli verranno indicati, tutta la documentazione che il Comune ritenesse necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile che gli venisse richiesta;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n° 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto dei benefici eventualmente conseguiti in virtù del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. già citato;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite da parte della Guardia di Finanza presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli art. 4 comma 2 del D.lgs. 31.03.1998 n°109 e art. 6 – comma 3 – del D.P.C.M. 07.05.1999 n° 221 e succ. mod. e che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata, nonché essere effettuati confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze;
- di essere consapevole della responsabilità penale che si assume ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 per falsità in atti e dichiarazioni e della possibilità di decadenza dal beneficio.

Luogo e Data

Il Dichiarante
