

Al Comune di _____
Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

DICHIARAZIONE DI RINNOVO

**Interventi in favore di persone in condizione di disabilità con
necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA)**

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)

DICHIARAZIONE (rinnovo/aggiornamento)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

☐ beneficiario dell'istanza

oppure:

☐ familiare

☐ caregiver familiare (riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024)

☐ tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

☐ amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)

☐ altro (specificare: _____)

in favore di: (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

e-mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

Per il rinnovo/aggiornamento dell'istanza di accesso per l'annualità 2025

CHIEDE

(barrare le voci di pertinenza):

- ☐ **Di confermare quanto richiesto** e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA) ai sensi del DM 26/09/2016;
- ☐ **Di aggiornare quanto richiesto** e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA) ai sensi del DM 26/09/2016, relativamente ai seguenti aspetti *(barrare/compilare le sole voci di pertinenza):*

Intervento richiesto – si sostituisce la precedente richiesta con la seguente:

- servizio di assistenza domiciliare diretta erogato tramite Ente gestore individuato dal Distretto con procedura ad evidenza pubblica e consistente in un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- assegno di cura finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite assunzione di un operatore qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di un soggetto di Terzo Settore regolarmente accreditato;
- contributo di cura finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite **l'acquisto di Servizi forniti da Imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o tramite regolare assunzione del collaboratore familiare**.

CHIEDE inoltre

- di confermare il nominativo del caregiver familiare dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico degli interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA) ai sensi del DM 26/09/2016 e riconosciuto ai sensi della L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024
- di procedere al riconoscimento come caregiver familiare ai sensi della L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024 del/della:

sig/sig.ra (cognome/nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente nel Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
 C.A.P. _____ recapito tel./cellulare _____
 e-mail _____
 domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
 Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
 recapito telefonico/cellulare _____
 Codice Fiscale _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONEREGIONE
LAZIO

Grado di parentela (rispetto al beneficiario)

☐ Convivente (rispetto al beneficiario)

☐ Non convivente (rispetto al beneficiario)

DATI RIFERITI AL SECONDO CAREGIVER FAMILIARE (da compilare solo in caso di beneficiario di età inferiore ai 18 anni)

sig/sig.ra (cognome/nome)

nato/a a prov. il

residente nel Comune di	prov.	Via/Piazza	n.
-------------------------	-------	------------	----

C.A.P. _____ recapito tel./cellulare _____

e-mail _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza	n.	C.A.P.
------------	----	--------

recapito telefonico/cellulare _____

Codice Fiscale

[illegible]

Grado di parentela (rispetto al beneficiario)

CHIEDE infine

di erogare il beneficio con le seguenti modalità (compilare solo ove si chiedi assegno/contributo di cura):

tramite accredito sul Conto Corrente ☐ Bancario ☐ Postale *(n.b. escluso Libretto Postale)*

(Codice IBAN 27 caratteri)

[illegible]

[] c/o Banca/Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

Intestato al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

[illegible]

Altro (specificare ed allegare eventuale documentazione)



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

A tal fine DICHIARA

ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR 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 DPR

- ☐ che il destinatario dell'intervento non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ☐ di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di eventuale ricovero o di decesso del beneficiario;
- ☐ che il destinatario dell'intervento non fruisce della "Prestazione Universale" erogata dall'INPS;
- ☐ di impegnarsi, in caso di ammissione alla Prestazione Universale a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano che provvederà a disporre la decadenza dai benefici precedentemente riconosciuti e alla richiesta di restituzione di quanto eventualmente percepito in modo indebito;
- ☐ di essere a conoscenza che l'assegno di cura e il contributo di cura verranno erogati, previa rendicontazione, fino a concorrenza delle risorse disponibili e con cadenza strettamente collegata ai tempi di trasferimento delle risorse da parte della Regione Lazio;
- ☐ in caso di fruizione di assegno di cura/contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore/collaboratore familiare e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (MAV INPS);
- ☐ in caso di fruizione del contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia dei giustificativi di spesa comprovanti la fruizione dei servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, con cadenza trimestrale;
- ☐ di non essere beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer;
- ☐ di **non fruire/fruire** del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- ☐ di **non fruire/fruire** di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un numero di ore settimanali pari a _____ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- ☐ di **non frequentare/frequentare** Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto Sociale B di Frosinone per n. _____ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

- ☐ che il caregiver familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale;
- ☐ di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente dichiarazione di accesso e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa privacy che gli viene consegnata in copia;
- ☐ che lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

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

Luogo e data _____

Firma del richiedente



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

ALLEGA

- ☐ Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- ☐ Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare (*Allegato 2*) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- ☐ Dichiarazione di impegno alla rendicontazione per i richiedenti l'assegno di cura e il contributo di cura (*Allegato 3*);
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver;
- ☐ Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (*non riferito al libretto postale*);
- ☐ Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Luogo e data _____

Firma del richiedente
