



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

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

ISTANZA DI ACCESSO

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)

ISTANZA DI ACCESSO

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, indicare grado di parentela _____

☐ caregiver familiare*

☐ 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 _____

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

* solo nel caso in cui sia stato già riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024.

CHIEDE

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 897/2021 per l'annualità **2025**
(barrare una sola opzione)

- ☐ **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

altresì che venga riconosciuto come caregiver familiare ai sensi della L.r. 5/2024 e DGR 751/2024

il/la sig/sign.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. _____ tel. _____
CODICE FISCALE _____

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

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)

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. _____ tel. _____
CODICE FISCALE _____

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

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]

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))

[] di **beneficiare dell'indennità di accompagnamento** (legge 11 febbraio 1980, n.18) o essere non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 **e di trovarsi in una o più delle condizioni di cui all'art.3 del DM 26/09/2016**, come attestato dall'**Allegato 1– Scheda di certificazione sanitaria** alla presente istanza.

Consapevole dell'obbligo di rendere tutte le dichiarazioni poste a seguire per consentire il corretto svolgimento delle procedure di valutazione della domanda da parte dell'UVMD,

DICHIARA altresì

- ☐ che il destinatario dell'intervento nei 6 mesi precedenti non ha fruito di interventi in favore di persone in condizione di disabilità con necessità di sostegno intensivo erogati da Regione di residenza diversa dal Lazio;
- ☐ che il destinatario dell'intervento 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 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 la misura di sostegno sarà riconosciuta a decorrere dalla data in cui il Distretto socio-sanitario disponga delle risorse necessarie a soddisfare le singole domande secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- ☐ in caso di accesso all'assegno di cura o al 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 accesso al 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 già 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);
- ☐ 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 istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- ☐ 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

ALLEGA

- ☐ Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato 1*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- ☐ Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento;
- ☐ 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
