**ALL. A**

**Consorzio Valle del Tevere**

**c/o Comune di Formello**

**P.za S. Lorenzo , 8**

**00060 Formello(RM)**

**Domanda per la concessione di finanziamenti per i piani di assistenza individualizzati in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave - L.R. 20/2006.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero **in qualità di familiare/tutore di:**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rapporto di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione di finanziamenti per piani di assistenza individualizzati finalizzati ad interventi di sostegno in favore di persone non autosufficienti con disabilità grave L.R. 20/06, da gestire in forma indiretta, per un importo totale annuo di massimo **€ 6.000,00 (massimo € 500,00 mensili),** con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia. Resta inteso che l’importo mensile sarà determinato in base al numero complessivo di domande pervenute (Piani per le Assistenze e Piani per le Autonomie) ed al punteggio ottenuto secondo i criteri di valutazione (**All. F).**

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

* di essere residente in uno dei Comuni del Consorzio Valle del Tevere;
* di avere un’età compresa tra 0-64 (requisito non richiesto per i malati affetti da SLA);
* di essere o di presentare domanda per conto di portatore di handicap in situazione di particolare gravità, art. 3, comma 3, L. 104/92 e, precisamente avente la seguente diagnosi (come da verbale d’invalidità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* e/o essere in possesso di una diagnosi di **SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)** per cui la misurazione della compromissione funzionale non sia compatibile con i parametri riconducibili alla disabilità gravissima (D.M. 26 settembre 2016 – Art. 3, comma 2, lettere da a) ad i);
* di essere o di presentare domanda per conto di possessore d’invalidità civile al 100%;
* di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST), operatori socioassistenziali (OSA), operatori tecnici ausiliari (OTA), assistenti familiari (DGR 607/2009), persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari, o Operatore Socio-Sanitario (OSS), nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idonea convenzione con Enti di Terzo Settore;
* di impegnarsi a trasmettere, all’Ufficio di Piano del Consorzio, **entro il 31 marzo 2022** copia del PAI e del contratto di lavoro o convenzione;
* che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini **entro il 3° grado** **di parentela**;
* di impegnarsi a rispettare le modalità e i termini di rendicontazione esplicitati nell’Avviso pubblico;
* di aver preso conoscenza e di accettare le eventuali decadenze dal beneficio in caso di mancata rendicontazione;
* che la composizione del nucleo familiare dell’utente beneficiario dell’intervento è la seguente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nominativo | Grado di parentela | Data di nascita | Disabilità art. 3, comma 3, L. 104/92 | Invalidità civile 100% | Occupazione lavorativa |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***P.s. le informazioni contenute nella tabella di cui sopra saranno oggetto di valutazione al fine dell’attribuzione dei punteggi, pertanto la stessa dovrà essere compilata in modo scrupoloso e attinente.***

* di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sociali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di usufruire dei seguenti servizi e/o prestazioni sanitarie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente domanda**

* Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità dell’utente e del richiedente;
* Copia certificazione attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell’art. 4 della medesima Legge;
* Copia verbale d’invalidità civile al 100%;
* Copia attestazione ISEE in corso di validità, ai sensi dalla vigente normativa, D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
* Certificazione rilasciata dai Presidi Regionali di riferimento per la SLA (Policlinico Gemelli oppure Ospedale S. Filippo Neri, di Roma) che documenti la diagnosi e la stadiazione della patologia (**solo per i malati affetti da SLA**);
* Estremi bancari su cui effettuare l’accredito del contributo (**All B**);
* Certificazione di valutazione del livello di non autosufficienza, compilata e firmata in ogni sua parte dal medico di base dell’utente (**All C).**

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio, e/o trasferiti a terzi, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.lgs.*

*n. 196/2003.*

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_