

Al Comune di Viterbo  
Capofila del Distretto Socio Sanitario VT3  
Via Ascenzi 1  
01100 Viterbo

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DELL'ASSEGNO DI CURA PER DISABILITA'  
GRAVISSIME**

**IL/LA SOTTOSCRITTO**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

In qualità di :

- diretto interessato
- familiare
- tutore, curatore o amministratore di sostegno della persona non autosufficiente

**CHIEDE**

**L'ATTRIBUZIONE DELL'ASSEGNO DI CURA PREVISTO DALLA DELIBERAZIONE DELLA  
GIUNTA REGIONALE N. 239/2013 e DETERMINAZIONE REGIONALE G 11355 /2014**

**A FAVORE DI**

**Dati anagrafici del paziente**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**A tale scopo il richiedente dichiara :**

- di essere a conoscenza che il beneficio è riservato alle persone affette da disabilità gravissima di cui all'art. 3 del D.M. 20 Marzo 2013
- di non essere beneficiario di altri analoghi benefici attribuiti per le medesime finalità
- di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dall'avviso pubblico

**Dichiara inoltre di essere informato ed accettare che il rimborso avviene:**

- con decorrenza dalla data di sottoscrizione della scheda riassuntiva del piano assistenziale nel caso di rapporto di lavoro con un operatore già in corso
- con decorrenza dalla data di sottoscrizione del contratto per il servizio di assistenza tramite una impresa o dalla data di assunzione di un operatore nel caso di rapporto di lavoro da instaurare
- nel trimestre successivo ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della documentazione relativa alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore o dalla data di presentazione della fattura dell'impresa , a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente e verifica dell'ammontare delle spese sostenute ;

**Dichiara altresì di essere a conoscenza ed accettare che l'assegno di cura concesso :**

- non è cumulabile con altri benefici previsti dalla L.R. 20/2006 sulla non autosufficienza o altri analoghi per le medesime finalità
- viene sospeso nei casi di ricovero permanente in strutture socio sanitarie a carattere residenziale
- è concesso per la durata compatibile con il numero e la gravità dei casi diagnosticati nel Distretto VT3 e i finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio
- è concesso a condizione che l'assistente familiare prescelto sia in possesso di adeguato titolo professionale in relazione alle prestazioni da erogare ( art. 3 punto F L.R. 20/2006 )

**Il richiedente si impegna:**

1. a sottoscrivere il piano assistenziale concordato con gli operatori dell'UVM e la relativa scheda riassuntiva
2. a organizzare e garantire il lavoro di cura nel contesto domiciliare come recepito dalla U.V.M nel progetto personalizzato
3. ad attivare il piano assistenziale entro tre mesi dalla sottoscrizione del PAI
4. a comunicare tempestivamente al responsabile del caso ogni variazione relativa allo stato personale dell'assistito (es. ricovero ospedaliero o in struttura residenziale , cambio residenza, ecc.);
5. a presentare un rendiconto trimestrale , in concomitanza con il versamento dei contributi previdenziali, delle spese effettivamente sostenute nel caso di assunzione di un operatore
6. a presentare un contratto di assistenza qualora si rivolga ad una compagine sociale
7. ad allegare al rendiconto tutti i documenti giustificativi della spesa e le buste paga o fatture quietanzate
8. a stipulare idonea polizza assicurativa RCT in favore dell'operatore prescelto
9. ad essere disponibile per ulteriori accertamenti ed integrazioni documentali

10. a conservare e rendere disponibile la documentazione che comprova la spesa sostenuta per l'assistenza a domicilio

Dichiara :

- che il codice IBAN per il versamento del rimborso è il seguente

IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a \_\_\_\_\_

- di essere a conoscenza che il Comune di Viterbo ai sensi dell'art. 71 DPR 28/12/2000 n 445, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti

FIRMA \_\_\_\_\_

**Il Comune di Viterbo Capofila è sollevato da ogni qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente alle disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque atto od omissione, da parte degli operatori, nei confronti degli utenti e di terzi che possano cagionare responsabilità amministrative, civili e penali.**

In relazione ai dati forniti, alcuni dei quali rientrano nel novero di quelli "sensibili" acconsente all'uso dei dati stessi nell'ambito dell'istruttoria della presente domanda. (Legge 675/96).

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si allega:

- DSU per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria e relativa attestazione ISEE
- Certificazione di una struttura sanitaria pubblica attestante la patologia determinante dipendenza vitale ai sensi DM 20/03/2013 art. 3
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente ( se diverso dall'interessato)
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità della persona in situazione di gravissima disabilità
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente e della persona in situazione di gravissima disabilità
- Copia del contratto di lavoro con l'operatore prescelto se già impiegato
- Copia , se disponibile, codice IBAN