

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

DOMANDA

**INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' IN FAVORE DI PERSONE
IN**

**CONDIZIONI DI GRAVE DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENZA CON L'UTILIZZO
DEGLI ASSEGNI DI CURA**

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'attivazione di interventi di sostegno alla domiciliarità in favore di persona in condizioni di grave
disabilità e/o non autosufficienza con attribuzione di un assegno di cura**

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 non essere beneficiario di altri interventi e/o sussidi di natura socio assistenziale, sempre di carattere domiciliare, già attivi
- di essere beneficiario dei seguenti interventi di natura socio assistenziale:

- di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dall'avviso pubblico

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

- 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 :

- 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 nei limiti delle disponibilità dei fondi regionali
- è concesso a condizione che l'assistente familiare prescelto sia iscritto al Registro Distrettuale degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona istituito nel Distretto VT3 ai sensi della DGR 233/2016
- è concesso a condizione che sia rispettato integralmente l'atto di impegno allegato alla presente istanza previsto dalla DGR233/2016
- è attivabile a condizione che l'utente o chi per esso sottoscriva il piano assistenziale concordato con gli operatori dell'UVM e la relativa scheda riassuntiva
- non può essere riconosciuto nei confronti di uno dei familiari di cui all'art.433c.c., in veste di caregiver, nonché di conviventi

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:

- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità
- Certificazione sanitaria ASL Distretto B attestante lo stato di non autosufficienza
- Atto di impegno DGR 233/2016 allegato alla presente domanda
- 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 grave disabilità
- Verbale riconoscimento persona con handicap grave art.3 comma 3 L 104/ 92
- Fotocopia del codice fiscale del richiedente e della persona non autosufficiente
- Copia del contratto di lavoro con l'operatore prescelto se già impiegato
- Copia attestato di qualifica professionale dell'operatore se già impiegato
- Copia , se disponibile, codice IBAN

Ai sensi del DPR n. 445/00 le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla legge sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia. I cittadini interessati decadranno, inoltre, dai benefici eventualmente ottenuti (art. 75 DPR 445/2000).

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il trattamento dei dati personali forniti e raccolti sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza. I dati personali forniti sono prescritti dalle disposizioni vigenti e saranno trattati esclusivamente per le finalità di cui al presente procedimento. Il trattamento dei dati potrà essere effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici. L'interessato potrà esercitare, in ogni momento, i propri diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

ATTO DI IMPEGNO
ai sensi della DGR233/2016

Il 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

ai fini dell'attivazione degli interventi previsti in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e/o non autosufficienza mediante l'utilizzo di un assegno di cura

- si impegna ad utilizzare il sostegno economico concesso quale aiuto economico a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo, degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale;
- si impegna a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con le modalità previste dall'avviso , la rendicontazione delle spese sostenute per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna a presentare un contratto di assistenza qualora si rivolga ad una compagine sociale
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo a richiesta del Comune di Viterbo competente copia di idonea documentazione
- si impegna a riconoscere al Comune di Viterbo il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, vengano contestate per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione; trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla riduzione e/o revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate;
- si impegna ad attivare il piano personalizzato di assistenza entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente atto, trascorso tale termine decade il diritto all'intervento
- accetta tutte le condizioni previste dall'avviso pubblico per l'accesso al beneficio
- accetta di osservare ogni norma di legge o regolamentare riguardante l'intervento in esame

Viterbo _____

FIRMA