Comune di Montefiascone

Provincia di Viterbo

ENTE CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO – SANITARIO VT/1

Comuni di Acquapendente, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d'Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Montefiascone, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano e ASL Viterbo - Distretto VT/1 Montefiascone.

AL COMUNE DI

_____

(Comune di residenza)

Richiesta di ammissione agli interventi e servizi previsti nel "PROGETTO AIUTO ALLA DISABILITA' GRAVE AI SENSI DELLA LEGGE 162/98" - ANNUALITÀ 2025

_l_ sottoscritt_____

nato/a a_____(_____) il _____/_____/_____

residente a _____ In via _____

nr. _____Codice Fiscale _____

Telefono _____

CHIEDE

☐ **per sé stesso**

☐ **in qualità di _____ in nome e per conto di**

_____nato/a a _____ (_____)

il ____/____/____ residente a_____ in via_____ nr. _____

codice fiscale_____telefono_____

☐ PROGRAMMI ATTIVATI AI SENSI DELLA LEGGE 104/92, CON ASSISTENZA DOMICILIARE GESTITA IN FORMA **DIRETTA**

☐ PROGRAMMI ATTIVATI AI SENSI DELLA LEGGE 104/92, CON ASSISTENZA DOMICILIARE GESTITA IN FORMA **INDIRETTA** CON VERIFICA DELLE PRESTAZIONI EROGATE E DELLA LORO EFFICACIA.

☐ RIMBORSO PARZIALE DELLE SPESE DOCUMENTATE DI ASSISTENZA NELL'AMBITO DI PROGRAMMI PREVENTIVAMENTE CONCORDATI CON GLI ENTI COMPETENTI.

_l_ sottoscritt_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di essere residente, nel Comune del Distretto Socio-Sanitario VT/1 di _____

☐ di essere in possesso di un ISEE SOCIO-SANITARIO (indicatore della situazione economica equivalente) in corso di validità del nucleo familiare, pari ad € 14.000,00;

☐ di essere disabile in situazione di particolare gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, lettera "1" bis e "1" ter della Legge 104 del 05.02.1992, come modificato dall'art. 1 della Legge 162/1998;

☐ di usufruire nell'annualità in corso dei seguenti servizi di assistenza socio-sanitaria: _____ (nel caso in cui non si usufruisca di alcun servizio scrivere "nessuno");

TRASMETTE

la seguente documentazione di seguito elencata nel caso in cui desideri avvalersi dalla **forma INDIRETTA**:

- Mediante assunzione dell'assistente personale
  - copia del contratto di lavoro del proprio assistente personale;
  - copia dell'iscrizione all'INPS e all'INAIL secondo la normativa vigente, del proprio assistente personale;
  - dichiarazione con cui il Comune di Montefiascone viene sollevato da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione o omissione;
  - fotocopia della documentazione relativa al possesso, da parte dell'assistente personale, di specifica abilitazione conseguita ai sensi della normativa vigente, in relazione alle prestazioni da effettuare;

- Mediante organismi del terzo settore (organismi non lucrativi di utilità sociale ONLUS) – cooperative sociali – associazioni ed enti di promozione sociale
  - copia del contratto tra l'utente e la ditta prescelta;
  - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta all'Albo delle società cooperative (D.M. 23/06/2004) presso il Ministero delle Attività Produttive (se cooperativa);
  - iscrizione all'apposito Albo Regionale (se cooperativa sociale);
  - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta al rispettivo Albo di appartenenza previsti dalle norme di settore (se altro organismo);
  - copia certificato di iscrizione della ditta prescelta alla Camera di Commercio competente territorialmente per la gestione di interventi e servizi sociali e/o socio sanitari.

Il Comune Capofila Montefiascone esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività svolta dall'operatore nei confronti dell'utente mentre l'ASL verifica, anche sulla base del gradimento dichiarato dall'utente stesso, l'efficacia dell'intervento rispetto alle finalità auspicate.

Allega alla presente:

- ☐ copia certificazione medico-legale attestante lo stato di handicap in situazione di gravità (L. 104/92 art. 3, comma 3);
- ☐ copia dell'attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità, completa di dichiarazione sostitutiva unica;
- ☐ copia del documento di identità di chi sottoscrive la domanda;

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

_____ lì _____

Il dichiarante _____