

**ALLEGATO A)**

**Al Comune di Gaeta**  
**capofila del Distretto Socio Sanitario LT/5**  
per il tramite

del COMUNE di \_\_\_\_\_

**DOMANDA**  
**PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A**  
**SOSTEGNO DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI**  
**(L. R. 20 del 23.11.2006)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante/care giver (Responsabile del progetto) di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_  
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione del finanziamento per l'attivazione dei seguenti interventi:

**assegno di cura**, per programmi di assistenza domiciliare, per un importo max di € 5.000,00  
cadauno, fino a concorrenza del finanziamento.

Assistenza domiciliare:

diretta

indiretta

**budget di sollievo** al care giver familiare, per un importo max di € 2.000,00 cadauno, fino a  
concorrenza del finanziamento;

Assistenza domiciliare:

diretta

indiretta

**interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente ( L. 104/92 art. 3 comma 3) ed alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive, per un importo max di € 7.000,00 cadauno, fino a concorrenza del finanziamento;**

Assistenza domiciliare:

- diretta  
 indiretta

### 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:

1. Residenza anagrafica in uno dei Comuni del Distretto socio-sanitario Formia-Gaeta;
2. Certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggano tutte le certificazioni anzidette, queste vanno contestualmente presentate);
3. Affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) non ricomprese nel Piano d'Ambito della disabilità gravissima in quanto lo stadio diagnosticato non rientra nelle condizioni previste dall'art. 3 comma 2 del D.M. 26/09/2016;
4. di impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.
5. di impegnarsi a trasmettere, al servizio sociale del comune di residenza, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);
6. che gli assistenti destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela;
7. che la composizione del nucleo familiare dell'utente beneficiario dell'intervento è la seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela | Disabilità L.104/92 |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |
|                |                  |                 |                       |                     |

**Allega alla presente domanda**

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di Identità in corso di validità dell'utente e del Responsabile del Progetto;
- Copia del Codice Fiscale o della Tessera Sanitaria del Richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92 oppure verbale di invalidità civile pari al 100% (nel caso si posseggono tutte le certificazioni anzidette queste vanno contestualmente presentate);
- Copia attestazione ISEE socio-sanitario dell'utente, in corso di validità. Se il beneficiario ha un'età inferiore ai 18 anni sarà considerato l'ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni o a famiglie con minorenni;

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nella domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

\_\_\_\_\_