



**CITTÀ DI FIUMICINO**  
(PROVINCIA DI ROMA)



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**DOMANDA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO REGIONALE IN FAVORE DELLE PERSONE  
CON DISABILITA' GRAVISSIME**

Ai sensi della Legge Regionale 11/2016, della DGR n. 662/2016 e della Determinazione n. G15088 del 15/12/2016

**Spett. PUA**  
**DISTRETTO SOCIO SANITARIO COMUNE DI FIUMICINO**

**Destinatari:** persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario nelle 24 ore per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria

**Dati del soggetto dichiarante**

Nome		Cognome	
Data di nascita		Comune di nascita	
Codice Fiscale			
Residenza		Via	
Titolo*		telefono	

**\*Scegliere tra le seguenti opzioni: a)interessato b) familiare/genitore o chi esercita la responsabilità genitoriale c) legale rappresentante**

**Dati dell'assistito (se diverso dal soggetto dichiarante)**

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Residenza	

**CHIEDE**

L'Accesso al Contributo Regionale a favore di persone con gravissime disabilità, con la finalità del mantenimento dell'assistito al proprio domicilio, poiché in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente in materia, nella seguente modalità:

☐ **Assegno di Cura** per l'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia (da € 800,00 fino ad un massimo di € 1.200,00 mensile per 12 mesi);

☐ **Contributo di Cura** per il riconoscimento della figura del caregiver familiare (€700,00 mensile per 12 mesi);

Al fine dell'ottenimento del contributo mensile, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

1. che la persona affetta da DISABILITA' GRAVISSIMA è residente nel comune di Fiumicino;
2. che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
3. di essere a conoscenza che il diritto al contributo cessa con l'inserimento definitivo in struttura residenziale, con il decesso o con il venir meno di una delle condizioni di ammissibilità;
4. si impegna a comunicare tempestivamente al Comune qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione del contributo (trasferimento di residenza, ricovero residenziale in struttura sanitaria o socio sanitaria, decesso etc.);
5. il sottoscritto, qualora venga autorizzato l'assegno di cura nella forma indiretta, si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore degli operatori impiegati nel servizio, sollevando il Comune da ogni onere e responsabilità. Si impegna altresì a presentare al Comune con cadenza periodica prestabilita la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute.
6. di essere a conoscenza che i soggetti istituzionali (distretto sanitario Comune di Fiumicino), ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a 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 normative vigenti;
7. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

### **ALLEGA**

- **Copia dell'invalidità civile con indennità di accompagnamento**, in corso di validità (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- **Copia delle certificazione medico-legale attestante la condizione di handicap grave, art. 3 comma 3 della legge 104/1992** (se non ancora in possesso allegare copia della richiesta all'INPS);
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale della persona affetta da disabilità gravissima;
- Copia del documento di identità del dichiarante (se diverso dalla persona affetta da disabilità gravissima);
- Copia ISEE in corso di validità.

### **CHIEDE**

CHE EVENTUALI COMUNICAZIONI SIANO INVIATE AL SEGUENTE RECAPITO:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E mail \_\_\_\_\_

Qualora l'istanza venga accettata dalla Commissione esaminatrice si chiede di erogare il contributo con le seguenti modalità:

