



Distretto Socio Sanitario RM5.5



Distretto Socio Sanitario RM5.6

Al Distretto Socio-Sanitario RM 5. ___
c/o il Comune di Segni

HOME CARE ALZHEIMER

Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze

RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

in qualità di:

familiare

altro (specificare: _____) richiedente in favore di:

BENEFICIARIO

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

CHIEDE

Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del D. Lgs. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione

dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.

ALLEGA

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al presente;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario e del caregiver (o amministratore di sostegno/tutore);
- eventuale provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia;
- certificazione sanitaria attestante la **malattia di Alzheimer o malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) rilasciati dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o dallo specialista neurologo o geriatra dei Centri Assistenza Domiciliare CAD. E' possibile integrare la domanda della certificazione richiesta entro e non oltre il 15 febbraio. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio è consigliabile presentare i test di autonomia di più recente rilascio.
- certificazione ISEE riferita ai redditi 2017 (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF. In tal caso l'ISEE va consegnato entro e non oltre il 15 febbraio).

INFORMATIVA PRIVACY (D. Lgs. n. 201/2018)

I dati personali trattati dal Comune di San Vito Romano sono raccolti per finalità di assistenza pubblica. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il Comune di San Vito Romano, Borgo Mario Theodoli, 34 che si avvale anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

DICHIARA

che lo stato di famiglia del sig./della sig.ra (beneficiario dell'assistenza indiretta):

(*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ prov. (____) il _____

Codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ telefono _____

è il seguente:

| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Rapporto di parentela |
|----------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| | | | |

Luogo e data, _____

Firma
