



distretto "A"  
Socio - Assistenziale

COMUNE  
CAPOFILIA  
ALATRI

**DISTRETTO SOCIO-ASSISTENZIALE "A"**  
**(PROVINCIA DI FROSINONE)**  
**L. 328/2000**

**Comuni di:** Acuto, Alatri, Anagni, Collepardo, Filettino, Fiuggi, Guarcino, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Torre Cajetani, Trevi nel Lazio, Trivigliano, Vico nel Lazio.

Azienda Sanitaria Locale

Piazza Caduti di Nassiriya snc - 03011 ALATRI (FR)

STRUTTURA DI PIANO: TEL. 0775.448210 - FAX: 0775.448209

SEDI PUA

Distretto Sociale 0775/448211- OSP.Alatri: 0775/4385023- Polo O. Anagni 0775/7325272

e-mail: info@[distrettosocioassistenziale.org](mailto:info@distrettosocioassistenziale.org)

sito internet: [www.distrettosocioassistenziale.org](http://www.distrettosocioassistenziale.org)

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Al Distretto Socio Assistenziale "A"**  
**Alatri**

**Interventi socio assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime ai sensi del D.M. 20.03.2013 di cui alla Determinazione Regionale n° G 15714 del 14.12.2015**

Oggetto: Richiesta per interventi socio assistenziali in favore di persone con disabilità gravissime ai sensi del D.M. 20.03.2013.

Il sottoscritto /a (Nome) \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- TUTORE**
- CURATORE**
- FAMILIARE care giver**
- ALTRO specificare** \_\_\_\_\_

Del Sig./Sig.ra :  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

Affetto/a da patologia \_\_\_\_\_  
ai sensi dell'art.3 del D.M. 20.03.2013 come da certificazione sanitaria allegata alla presente

**CHIEDE**

Di essere ammesso al beneficio previsto dalla normativa in oggetto, nei termini e alle condizioni stabilite con la Deliberazione della Giunta Regionale e della Determinazione Dirigenziale di riferimento.

**INTERVENTO RICHIESTO**

Il programma di intervento prevede l'accesso **ad uno** dei seguenti programmi di aiuto alla persona :

- assistenza domiciliare diretta;**
- assistenza domiciliare indiretta attraverso assunzione di assistenti familiari;**

## DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n445 per le ipotesi di falsità in atto e di dichiarazioni mendaci e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

- Che la persona per la quale si presenta istanza è affetta da \_\_\_\_\_ come da certificazione sanitaria allegata alla presente;
- Di essere a conoscenza e di accettare che in caso di ammissione al beneficio verrà predisposto un piano di intervento in favore della persona per la quale si presenta l'istanza;
- Di impegnarsi, nel caso di prestazioni rese in **forma indiretta**, attraverso assunzione di assistenti familiari opportunamente formati, a regolarizzare il rapporto con i propri assistenti personali mediante contratto di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, con stipula di apposita polizza assicurativa RCT in favore degli stessi, sollevando il Distretto socio Assistenziale "A" da ogni onere e responsabilità relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti e per qualsiasi azione ed omissione;
- Di impegnarsi a presentare, con scadenza stabilita dal Distretto, una rendicontazione delle spese sostenute per l'assunzione dell'operatore opportunamente documentate;
- Di essere a conoscenza che in caso di ricovero in RSA, in Hospice o ricovero di sollievo, il contributo spettante all'utente sulla base del PAI concordato viene sospeso per essere ripristinato una volta conclusasi la fase del ricovero.
- Di essere a conoscenza che il contributo mensile non potrà essere in alcun modo alternativo agli interventi sanitari domiciliari garantiti ai cittadini in base alle vigenti disposizioni normative, ed è assolutamente integrativo rispetto agli interventi socio sanitari già in atto e previsti nei PAI.
- Di autorizzare ai sensi del D.Lgs.196/2003, il trattamento dei dati personali forniti per le finalità previste nel presente documento che saranno trattati anche con strumenti informatici.

## ALLEGA

- 1- certificazione sanitaria rilasciata da una struttura sanitaria pubblica che documenti la patologia ed il grado di compromissione;
- 2- certificato di invalidità;
- 3- certificazione **ISEE attestante** la situazione reddituale familiare con l'indicazione dei componenti.
- 4- certificazione ISEE ristretto solo nel caso di richiedente disabile;
- 5- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- 6- copia del documento di identità in corso di validità del beneficiario;

(data) \_\_\_\_\_

In fede  
Il delegato

\_\_\_\_\_