



Comune di Frosinone



Al Comune di _____
Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

ISTANZA DI ACCESSO

**Interventi in favore di persone in condizione di disabilità con
necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA)**
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)
ISTANZA DI ACCESSO

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:
 beneficiario dell'istanza
oppure:
 familiare, indicare grado di parentela _____
 caregiver familiare*
 tutore (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di _____ n. _____*)
 altro (*specificare: _____*)

in favore di: (*cognome*) _____ (*nome*) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* solo nel caso in cui sia stato già riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024.

CHIEDE

di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 897/2021 per l'annualità **2025**
(barrare una sola opzione)

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA** erogato tramite Ente gestore individuato dal Distretto con procedura ad evidenza pubblica e consistente in un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- ASSEGNO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite assunzione di un operatore qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di un soggetto di Terzo Settore regolarmente accreditato;
- CONTRIBUTO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite **l'acquisto di Servizi forniti da Imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o tramite regolare assunzione del collaboratore familiare**.

CHIEDE

altresì che venga riconosciuto come caregiver familiare ai sensi della L.r. 5/2024 e DGR 751/2024

il/la sig/sign.ra (Cognome/nome) _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ recapito tel./cellulare _____

e-mail _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

Convivente (rispetto al beneficiario)

Non convivente (rispetto al beneficiario)

DATI RIFERITI AL SECONDO CAREGIVER FAMILIARE (da compilare solo in caso di beneficiario di età inferiore ai 18 anni)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente nel Comune di _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ recapito tel./cellulare _____

e-mail _____

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

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) _____

contratto di regolare assunzione dell'operatore/collaboratore familiare e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (MAV INPS);

- in caso di accesso al contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia dei giustificativi di spesa comprovanti la fruizione dei servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, con cadenza trimestrale;
- di non essere già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer;
- di non fruire/fruire del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € _____ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- di non fruire/fruire di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un numero di ore settimanali pari a _____ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- di non frequentare/frequentare Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto Sociale B di Frosinone per n. _____ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- che il caregiver familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale;
- di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- di aver preso visione dell'informativa privacy che gli viene consegnata in copia;
- che lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

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

Luogo e data _____

Firma del richiedente

ALLEGA

- Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato 1*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento;
- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare (*Allegato 2*) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- Dichiarazione di impegno alla rendicontazione per i richiedenti l'assegno di cura e il contributo di cura (*Allegato 3*);
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver;
- Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (*non riferito al libretto postale*);
- Altro (*specificare*) _____

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel.* _____ E-mail* _____

*campi obbligatori

Luogo e data _____

Firma del richiedente
