



Comune di Frosinone



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

DICHIARAZIONE DI RINNOVO

**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)
DICHIARAZIONE (rinnovo/aggiornamento)**

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
- caregiver familiare (riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024)
- 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

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



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



A tal fine DICHIARA

ai sensi degli artt. 45 e 46 D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, DPR 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 DPR

- che il destinatario dell'intervento non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano in caso di eventuale ricovero o di decesso del beneficiario;
- che il destinatario dell'intervento non fruisce della "Prestazione Universale" erogata dall'INPS;
- di impegnarsi, in caso di ammissione alla Prestazione Universale a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano che provvederà a disporre la decadenza dai benefici precedentemente riconosciuti e alla richiesta di restituzione di quanto eventualmente percepito in modo indebito;
- di essere a conoscenza che l'assegno di cura e il contributo di cura verranno erogati, previa rendicontazione, fino a concorrenza delle risorse disponibili e con cadenza strettamente collegata ai tempi di trasferimento delle risorse da parte della Regione Lazio;
- in caso di fruizione di assegno di cura/contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore/collaboratore familiare e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (MAV INPS);
- in caso di fruizione del 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 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);



Comune di Frosinone



- 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 dichiarazione di acceso e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
- 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



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ALLEGA

- 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
