

Modello di domanda

Al Comune di Viterbo
Capofila dell'Ambito VITERBO
tramite il Comune di
(Comune di residenza)

**DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI PREVISTI IN FAVORE DI
PERSONE AFFETTE DALLA PATOLOGIA DI ALZHEIMER**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

In qualità di (barrare con una crocetta la voce che interessa):

- diretto interessato
- familiare
- familiare convivente
- tutore, curatore o amministratore di sostegno

CHIEDE L'ATTIBUZIONE DI

ASSEGNO DI CURA

minimo € 800,00 fino a € 1.200,00 mensili per 12 mesi, liquidato trimestralmente per il rimborso della spesa **mensile** per l'assunzione diretta di un operatore qualificato a prestare servizi di assistenza alla persona o per l'acquisto delle medesime prestazioni da una compagine sociale **accreditata** con la quale sottoscrivere un apposito contratto assistenziale.

CONTRIBUTO DI CURA

€ 700,00 mensili per dodici mesi, liquidato trimestralmente, che prevede la possibilità di attuare il piano assistenziale ricorrendo alla figura del *caregiver* familiare purchè convivente; eventuale contributo di € 1200,00 una tantum (per la copertura dei costi relativi all'impiego di personale qualificato per la sostituzione del *caregiver* familiare in caso di interventi di sollievo programmati o interventi di sollievo di emergenza)



A FAVORE DI

(Dati anagrafici della persona affetta dalla patologia di Alzheimer, se diversa dal richiedente)

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

A tale scopo il richiedente **dichiara** di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dal relativo avviso pubblico.

Dichiara inoltre di essere informato ed accettare che il rimborso avviene:

- in caso di **assegno di cura**, trimestralmente, nel trimestre successivo ed entro sessanta giorni dalla data di presentazione della documentazione relativa alle spese assistenziali sostenute e alla regolarità del rapporto di lavoro instaurato con l'operatore o dalla data di presentazione della fattura mensile della compagine sociale a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente e verifica della correttezza del rendiconto;
- in caso di **contributo di cura**, trimestralmente, nel trimestre successivo a seguito di verifica della permanenza presso il proprio domicilio dell'utente nel mese a cui si riferisce il contributo; a tale riguardo il *caregiver* dovrà rilasciare apposita dichiarazione entro i primi cinque giorni del mese successivo

Dichiara altresì di essere a conoscenza ed accettare che il beneficio:

- è sospeso nei casi di ricovero permanente in strutture a carattere residenziale
- è concesso per la durata compatibile con il numero e la gravità dei casi utilmente collocati nella graduatoria dell'Ambito Viterbo e i finanziamenti attribuiti dalla Regione Lazio
- è concesso a condizione che l'assistente familiare prescelto sia iscritto al competente Registro Distrettuale degli operatori qualificati a prestare servizi alla persona istituito ai sensi della D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii. o, nel caso di acquisizione del servizio da una compagine sociale, quest'ultima risulti accreditata.
- è attivabile a condizione che l'utente sottoscriva il piano assistenziale concordato con gli operatori dell'UVM, la relativa scheda riassuntiva e l'atto di impegno previsto dalla D.G.R. n. 104/2017
- è contenuto, nel caso di assegno di cura, nei limiti dell'ammontare delle spese mensili effettivamente sostenute e rendicontate



- che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad 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 norme vigenti.

Comunica che il codice IBAN per il versamento è il seguente:

IBAN _____

Intestato a _____

(allegare copia del codice IBAN)

Il Comune di Viterbo Capofila è sollevato da ogni qualsiasi onere e responsabilità sia relativamente all'osservanza di disposizioni di legge e regolamenti, sia per qualunque atto od omissione, da parte degli operatori, nei confronti degli utenti e di terzi che possano cagionare responsabilità amministrative, civili e penali.

DATA ____/____/____

FIRMA _____

Allegati alla presente domanda:

- Certificazione del Servizio Valutazione Demenze della ASL, con livello di gravità
- Attestazione ISEE socio sanitario in corso di validità della persona affetta da patologia di Alzheimer
- Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale della persona affetta da patologia di Alzheimer
- Copia di documento in corso di validità e del codice fiscale del richiedente (se diverso dall'interessato)
- Atto di impegno D.G.R. n. 104/2017 su modulo allegato all'avviso, debitamente sottoscritto
- Copia del decreto di nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (se ricorre il caso)

"Il titolare del trattamento è il Comune di Viterbo, con sede in Via Filippo Ascenzi, 1 Viterbo, in qualità di Capofila dell'Ambito Viterbo, PEC protocollo@pec.comuneviterbo.it. Il Responsabile della Protezione dati, denominato anche DPO (Data Protection Officer), è l'Ing. Riccardo Cocozza, con recapito in Viterbo - Via Filippo Ascenzi n.1 – contattabile all'indirizzo PEC: protocollo@pec.comuneviterbo.it. Il conferimento, esercitato direttamente dall'interessato o da chi ne esercita la tutela, è obbligatorio e in assenza delle informazioni richieste non sarà possibile accogliere l'istanza. I dati personali e particolari dell'interessato e del richiedente, se diverso dall'interessato, saranno trattati unicamente per la valutazione preliminare dei requisiti di accesso al beneficio, per il successivo perfezionamento della pratica e, a seguito di esito positivo, per l'elargizione del contributo. Tali finalità sono da considerarsi nell'ambito dell'erogazione di servizi di pubblico interesse da parte del titolare e obbligo di legge. Non è prevista comunicazione dei dati, se non quella prevista per legge in materia di trasparenza e anticorruzione (D.lgs 33/2013 "Trasparenza"), né trasferimento dei dati in paesi terzi. Le informazioni saranno conservate per il periodo necessario al perseguimento delle finalità, nel rispetto degli obblighi di legge. Gli interessati potranno esercitare i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 ("GDPR"), qualora ammesso. Resta ferma la possibilità di presentare un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma, Piazza Venezia 11. e-mail a: garante@gpdp.it, pec protocollo@pec.gpdp.it"



ATTO DI IMPEGNO
ai sensi della D.G.R. n. 223/2016 e ss.mm.ii. e D.G.R. n. 104/2017

Il Sottoscritto

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____

residente in via _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

In qualità di :

- diretto interessato
- familiare convivente
- familiare
- tutore, curatore o amministratore di sostegno

In relazione alla richiesta di benefici previsti in favore di persone affette dalla patologia di Alzheimer

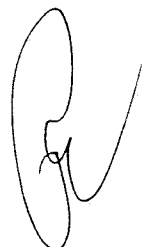
- si impegna ad utilizzare l'assegno di cura a esclusivo titolo di rimborso spese totale o parziale, comprensivo degli oneri diretti e indiretti derivanti dal contratto stipulato con l'assistente personale ed è conoscenza che il beneficio, in caso di assegno, è contenuto nei limiti dell'ammontare delle spese **mensili** effettivamente sostenute e rendicontate;
- si impegna, nel caso di assegno di cura, a regolarizzare il rapporto con l'assistente scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti;
- si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;
- si impegna a stipulare idonea polizza assicurativa RCT a favore dell'assistente personale per eventuali danni provocati a terzi;
- si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del piano personalizzato di assistenza;
- si impegna a presentare, con le modalità previste dall'avviso, la rendicontazione delle spese sostenute nel mese per l'acquisizione dell'intervento;
- si impegna a presentare un contratto di assistenza qualora si rivolga ad una compagine sociale accreditata;
- si impegna al pagamento delle spese esclusivamente con mezzi tracciabili (assegni, bonifici, ecc.) producendo copia di idonea documentazione;
- si impegna a riconoscere al Distretto di appartenenza il pieno esercizio della vigilanza e del controllo sull'attuazione del piano personalizzato e sull'osservanza dell'atto di impegno;
- accetta che, al verificarsi di eventuali proprie inadempienze di cui ai punti sopra elencati, vengano contestate per iscritto tali inadempienze, assegnando un termine per la loro regolarizzazione; trascorso inutilmente tale termine si potrà procedere alla riduzione e/o



revoca del sostegno economico ed al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate;

- si impegna ad attivare il piano personalizzato di assistenza entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente atto; trascorso tale termine decade il diritto all'intervento;
- accetta tutte le condizioni previste dall'avviso pubblico per l'accesso al beneficio;
- accetta di osservare ogni norma di legge o regolamentare riguardante l'intervento in esame.

Firma _____

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized capital letter 'R' with a vertical line extending downwards from its base.