

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Ai fini delle richiesta di rinnovo per l'anno 2021 del Servizio di assistenza domiciliare e aiuto personale per le persone con disabilità gravissima**

Il/La sottoscritto/a (chi presenta la domanda) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

tipo documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

In qualità di:

sé stesso  genitore  figlio  tutore  coniuge  Amministrazione di Sostegno

altro (specificare il tipo di rapporto) \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

### DICHIARA

Il mantenimento delle medesime condizioni socio ambientali e familiari rispetto all'istanza presentata nell'anno 2019 inerente la richiesta di contributo per la Disabilità Gravissima ai sensi del decreto interministeriale 26 settembre 2016.

Oppure

Che la situazione si è modificata per quanto riguarda:

CONTESTO FAMILIARE (composizione del nucleo familiare);

SITUAZIONE FAMILIARE E RELAZIONALE (eventi/criticità sopraggiunte: lutti, separazioni, malattie, etc);

CONDIZIONE AMBIENTALE (cambio di abitazione, peggioramenti/miglioramenti rispetto ad eventuali barriere architettoniche interne ed esterne, e rispetto alle condizioni strutturali della casa).

## DICHIARA INOLTRE

- che la persona per la quale è richiesto il contributo per la disabilità gravissima non è ricoverata a tempo indeterminato presso struttura residenziale o semi-residenziale;
- che il Caregiver non presta attività lavorativa;
- che il Caregiver presta attività lavorativa part-time;
- che il Caregiver presta attività lavorativa a tempo pieno;
- che è consapevole che l'U.V.M.D. potrà procedere alla rivalutazione della persona con disabilità gravissima rispetto alle condizioni cliniche.

### Il sottoscritto **CHIEDE** quindi di accedere per l'anno 2021

- all'assegno di cura nella forma indiretta, attraverso contributo economico da corrispondere a personale dedicato (assistente familiare);
- all'assegno di cura nella forma diretta, attraverso organismi accreditati nel proprio territorio;
- al contributo di cura attraverso la figura del Caregiver.

A tal fine allega:

- ISEE per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria;
- Eventuali certificazioni attestanti la disabilità/invalidità di altri membri del nucleo familiare convivente >=75.
- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità dell'interessato e di chi presenta la domanda

Chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

P.zza/Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

### **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla DGR n. 104/2017, "L.R. n. 11/2016. Linee guida operative regionali agli ambiti territoriali per le prestazioni assistenziali, componente sociale, in favore delle persone in condizioni di disabilità gravissima".

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE ISTANZA**

**AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. 445 DEL 28/12/2000 LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE INVIATA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE:**

- **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA** [protocollo.municipioroma03@pec.comune.roma.it](mailto:protocollo.municipioroma03@pec.comune.roma.it)
- **A MEZZO POSTA** all'indirizzo **VIA UMBERTO FRACCHIA 45, 00137 ROMA**
- **A MANO ALL'UFFICIO PROTOCOLLO DI VIA UMBERTO FRACCHIA 45, nei seguenti giorni e orari:**  
**dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.00**  
**il martedì e il giovedì anche dalle 14.00 alle 16.00**