

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA SLA
(DGR 848/2022)
RICHIESTA CONTRIBUTO**

A) da compilare se la domanda è presentata dal diretto interessato

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

E-mail _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

B) da compilare se la domanda è presentata dal caregiver

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a _____ prov (____) il ____/____/____

Residente nel Comune di _____ prov. (____)

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____/cell. _____

E-mail _____

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

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

Modulo di domanda

In qualità di:

- Caregiver

Grado di parentela (rispetto al beneficiario): _____

Convivente: si no

- 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. _____ cell. _____

E-mail _____

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

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

L'assegnazione del contributo economico per interventi in favore di soggetti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

DICHIARA

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura sociosanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- di impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sociale del proprio comune di residenza, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 15 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario.
- Di beneficiare dei seguenti servizi:
 - Assegno di cura per il servizio di Disabilità Gravissima
 - Contributo di cura per il servizio di Disabilità Gravissima
 - Assistenza domiciliare

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. 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 D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

ALLEGA

[] modulo Allegato 1E del presente avviso, compilato e rilasciato dallo specialista di una struttura pubblica su apposito modello, che valuti e attesti la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)

Rilasciata dalla struttura _____

in data _____

Modulo di domanda

- Documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo
- Documento di identità in corso di validità del richiedente (se diverso dal beneficiario)

CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____
Via / Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____
Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informano i partecipanti al presente avviso che i propri dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e s.m.i. in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____
al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data _____ Firma _____

Luogo e data, _____

FIRMA

Modulo di domanda

COMUNICAZIONE COORDINATE IBAN

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Telefono/cellulare _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo E-mail _____

In qualità di:

- Beneficiario del contributo di cura
- Genitore/Tutore di _____
- Amministratore di Sostegno di sostegno di _____

Dati anagrafici del beneficiario (*in caso di compilazione da parte del caregiver/AdS*):

(cognome) _____ (nome) _____

residente nel comune di _____ in via _____

Codice Fiscale _____

COMUNICA

Che i dati relativi al conto corrente bancario per l'accredito del contributo economico sono i seguenti:

- Intestatario: _____
- Eventuale Cointestatario: _____
- IBAN: _____

Dati anagrafici di eventuale cointestatario

(cognome) _____ (nome) _____

Nato/a _____ il _____

residente nel comune di _____ in via _____ n° _____

C.F.: _____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR), autorizza il Comune a richiedere agli Uffici competenti, inclusi gli Uffici finanziari, ogni eventuale atto o informazione utile ai fini della valutazione della presente domanda, nonché al trattamento dei dati personali acquisiti.

Esonera l'operatore comunale da ogni responsabilità in merito all'eventuale assistenza fornita nella compilazione della domanda e si impegna inoltre a comunicare ai Servizi Sociali del Comune di Albano Laziale ogni cambio di indirizzo o domicilio, personalmente o con lettera raccomandata A/R.

Allega, alla presente, la seguente documentazione:

- Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente e di eventuali cointestatari del conto;
- Fotocopia codice IBAN.

FIRMA
