



DISTRETTO **RM5.4**
SOCIO SANITARIO

Al Distretto Socio Sanitario

c/o Comune di Tivoli
Settore IV Welfare
Servizi alla persona

Oggetto: Home Care Alzheimer (Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze)

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

Pec

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in n. CAP tel.

Nel caso in cui il richiedente non coincidesse con il beneficiario, compilare la seguente sezione.

Richiedente in qualità di:

tutore amministratore di sostegno altro, specificare

IN FAVORE DI: BENEFICIARIO

Nome e cognome

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in n. CAP tel.

CHIEDE

Assistenza domiciliare in forma indiretta ai malati di Alzheimer (D.G.R. 504/2012)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art.76 del 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.

Dichiara altresì:

- che il beneficiario non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria 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.

ALLEGA A PENA DI ESCLUSIONE

- nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato inferiore a 10, provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente.
- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da allegato B compilata in ogni sua parte, datata e firmata dal richiedente per sé stesso, oppure, nel caso di cui al punto g) del bando o comunque se è presente una figura di tutela, dall'amministratore di sostegno/tutore della persona malata;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario e, nel caso di cui al punto g) del bando o comunque se è presente una figura di tutela, dell'amministratore di sostegno/tutore;
- certificazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità;
- solo per i nuovi istanti: certificazione sanitaria attestante la malattia di Alzheimer o deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza non Alzheimer (esclusa la demenza senile), rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) e test CDR estesa (Clinical Dementia Rating Scale), rilasciati nel corso degli ultimi sei mesi - al momento della presentazione della domanda - dagli ex Centri Uva/CDCD o da specialista neurologo o geriatra di struttura pubblica e/o accreditata del sistema sanitario nazionale, o da Centri Assistenza Domiciliare (CAD). I test vanno allegati per esteso e devono riportare la data di somministrazione, il timbro e la firma del medico che li ha redatti, insieme all'indicazione della sua qualifica professionale. Si precisa che coloro che hanno beneficiato del programma nel corso

dell'annualità 2019/2020 possono presentare i test rilasciati nei dodici mesi precedenti alla data della domanda.

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo <https://www.comune.tivoli.rm.it/> nella sezione Privacy e Responsabile della Protezione dei dati, resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

domicilio (solo se diverso da residenza) nel Comune di

in n. CAP tel.

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

che lo **stato di famiglia** del sig./della sig.ra (beneficiario dell'assistenza indiretta):

Nome e cognome

nato/a a il residente a

in n. CAP tel.

email C.F.

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luogo e Data

Firma
