

# CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI IN STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA PERSISTENTE, PROLUNGATO O CRONICO

## Schema di domanda

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ ( )	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____	telefono _____

**in qualità di familiare/tutore**

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a a _____ ( )	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____	telefono _____

***fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico***

A tal fine, il sottoscritto

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**1. Dati generali**

a. che la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

**b1.** l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico presso il suo domicilio;

**OPPURE****b2.** che la famiglia:

intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

**c.** l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso pubblico;

**d.** di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la persona di riferimento è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare**

**A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia**

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi**

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:  
 - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3. Modalità di riscossione**

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_

**Intestato a**

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
□		

**4. Comunicazione variazioni**

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richiada, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona in stato vegetativo e stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_

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

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistente, prolungato o cronico rilasciata o, se già rilasciata da altra struttura sanitaria del territorio nazionale, validata dal Centro per le gravi cerebrolesioni dell'Azienda ospedaliera "S. Carlo" di Potenza o dall'U.O. ospedaliera di riabilitazione o dall'UVBR del Sistema Sanitario Regionale della Basilicata;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti);
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti
  - l'assistenza diretta al proprio familiare;
- oppure
  - l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari;
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari (se esistente);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

***Informativa relativa al trattamento dei dati personali***

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)