



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

COMUNI DI: AFFILE, AGOSTA, ANTICOLI CORRADO, ARCINAZZO ROMANO, ARSOLI,
BELLEGRA, CAMERATA NUOVA, CANTERANO, CERVARA DI ROMA, CINETO ROMANO,
JENNE, MARANO EQUO, OLEVANO ROMANO, RIOFREDDO, ROCCA CANTERANO,
ROCCA SANTO STEFANO, ROIATE, ROVIANO, SUBIACO, VALLEPIETRA,
VALLINFREDA, VIVARO ROMANO

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA
ESTRATTO AVVISO PUBBLICO

SI RENDE NOTO

le persone affette da disabilità gravissima, residenti sul territorio del Distretto Socio Sanitario RM 5.4 - capofila comune di Olevano Romano, o di chi ha la rappresentanza legale degli interessi, possono presentare istanza per la concessione di servizi di assistenza domiciliare e un assegno/contributo di cura.

I destinatari sono persone in condizione di disabilità gravissima, non autosufficienti e/o in condizione di dipendenza vitale, come definite dall'art.3 del Decreto Interministeriale 26 settembre 2016, per la cui valutazione si rinvia agli allegati 1 e 2 dello stesso decreto.

A tal fine saranno erogate attraverso prestazioni di servizio di assistenza domiciliare oppure contributo economico contributo/assegno di cura con la formulazione di un P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato).

L'avviso pubblico integrale è pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Olevano Romano, sui siti istituzionali dei comuni del distretto socio sanitario RM 5.4, e sul sito istituzionale della ASL RM 5 distretto di Subiaco.

La richiesta dovrà essere redatta dal diretto interessato dell'interessato o di chi ha la rappresentanza legale degli interessi su apposita modulistica, sarà reperibile sul sito istituzionale del Comune di Olevano Romano, sul sito istituzionale dei Comuni del Distretto RM 5.4, sul sito istituzionale della ASL RM 5 distretto di Subiaco, presso gli uffici dei servizi sociali del Comune di Olevano Romano o dei Comuni del Distretto, dovrà essere consegnata a mano presso gli uffici URP del Comune di Olevano Romano o dei Comuni del Distretto, o a mezzo posta con R/R citando in oggetto "NON APRIRE - INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA", o via PEC all'indirizzo PEC: protocollo@pec.conune.olevanoromano.rm.it o agli indirizzi PEC dei comuni di residenza.

Nel caso di invio a mezzo del servizio postale farà fede il timbro di acquisizione al protocollo.

Gli interessati possono inoltrare la domanda di partecipazione in qualsiasi momento dell'anno con le modalità di cui all'avviso pubblico integrale, in considerazione del criterio del "**Bando Aperto**".

Olevano Romano, 06/09/2021

Il Responsabile del procedimento
Dr.ssa Elisa Sterbini



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello A)

Spettabile Comune di _____

**DOMANDA DI PRIMA ISTANZA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI
IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA**

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non
corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,

dichiara di essere nat ____ a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° ____ cap _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____

In qualità di ☐ interessato

☐ rappresentante legale degli interessi

☐ richiedente la rappresentanza legale degli interessi

CHIEDE PER

il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

n° _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

- ☐ ASSISTENZA DOMICILIARE
- ☐ ASSEGNO DI CURA quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- ☐ CONTRIBUTO DI CURA quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato)

DICHIARA DI IMPEGNARSI SIN DA ORA ALLA SOTTOSCRIZIONE DEL PATTO DI IMPEGNO COME PREVISTO DA BANDO.

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo se diverso dal beneficiario;
- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità del beneficiario del contributo;
- ☐ fotocopia del Codice Fiscale del richiedente il contributo (se diverso dal beneficiario);
- ☐ fotocopia del Codice Fiscale del beneficiario del contributo;
- ☐ provvedimento di nomina quale amministratore di sostegno/tutore o rappresentante legale degli interessi secondo la normativa vigente in materia o, qualora non fosse ancora stato emesso, la ricevuta di avvenuta presentazione dell'istanza presso il Tribunale competente, nei casi previsti dalla legge;
- ☐ Autocertificazione della composizione del nucleo familiare del beneficiario (Modello B);
- ☐ Autocertificazione caregiver e coordinate IBAN (Modello C);
- ☐ copia del certificato di riconoscimento L. 104/92, art 3 comma 3;
- ☐ copia (con diagnosi) della certificazione di invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) ordinario e socio sanitario in corso di validità, o, in assenza dello stesso, ricevuta di presentazione DSU, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E" e la legge 26 maggio 2016, n.89;
- ☐ Copia del permesso di soggiorno e/o carta di soggiorno in corso di validità, qualora si tratti di persona straniera extracomunitaria;

La Sig.ra/il Sig. _____ autorizza al trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di cui alla presente richiesta, ai sensi dell' art.13 D.Lgs.n. 196/03 e s.m.e i., i dati personali per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, i dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzato all'espletamento della procedura.



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per la concessione dell'assegno di cura o contributo di cura e di essere consapevole che il beneficio decade in caso di decesso e per dichiarazioni rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Il/la sottoscritto/a accetta le condizioni previste nel presente avviso Det. del Settore Distretto RM 5.4 n. 97 del 06/09/2021.

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____

DICHARA

[illegible]

Il Dichiarante

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e ss.mm.ii.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Autocertificazione caregiver e coordinate IBAN

ai sensi del D.P.R. 445/00

INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

C.F. _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____ (obbligatorio) cell. _____

in qualità di ☐ interessato

☐ rappresentante legale degli interessi

☐ richiedente la rappresentanza legale degli interessi

del/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

In condizione di disabilità gravissima, per conto del/della quale percepirà il contributo regionale erogato dal Comune di Olevano Romano in qualità di capofila del Distretto RM5.4,

DICHIARA

1. che il **caregiver** designato e'

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____

2. che l'accredito dell'assegno di cura e sostegno per persone affette da disabilità gravissima, avvenga sul c/c bancario:

Intestatario conto:																	
Codice fiscale:																	
Istituto bancario																	
Indirizzo												Città					
Agenzia n°																	
Coordinate Bancarie (Codice IBAN)																	

E' obbligatorio indicare la dicitura completa dell'istituto di credito bancario e compilare tutte le 27 caselle relative al codice IBAN. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento.

Allego copia del documento di identità e codice fiscale del/i intestatario/i.

Il Dichiarante

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s. m. e i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello D)

Spettabile Comune di _____

MODELLO PER L'AGGIORNAMENTO DELLA DOMANDA
IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non
corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,
dichiara di essere nat ____ a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° ____ cap _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____

In qualità di ☐ interessato
☐ rappresentante legale degli interessi
☐ richiedente la rappresentanza legale degli interessi

CHIEDE PER

il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° ____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

l'aggiornamento della domanda a seguito della presentazione di:

☐ Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) ordinario e socio sanitario in corso di validità, o, in assenza dello stesso, ricevuta di presentazione DSU, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E" e la legge 26 maggio 2016, n.89;

☐ attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale, rilasciata da struttura del SSN, sottoscritta, timbrata e datata dal medico;

☐ provvedimento di nomina quale 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, nei casi previsti dalla legge;

☐ attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali
quali: _____

☐ scelta di una diversa modalità di assistenza, quale:

☐ ASSISTENZA DOMICILIARE

☐ ASSEGNO DI CURA quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;

☐ CONTRIBUTO DI CURA quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato)

☐ indicazione di un diverso caregiver e/o cambiamento dello stato anagrafico, come di seguito indicato:

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____



COMUNE DI OLEVANO ROMANO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

SI ALLEGA

- ☐ Modello I.S.E.E. o DSU;
- ☐ attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale;
- ☐ provvedimento di nomina quale 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;

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____