

ALLEGATO A)

AI CONSORZIO CO.I.SE.S.
SUD PONTINO LT5

AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE

**PER LA CONCESSIONE DI INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE
(L. 162/98)**

**Annualità 2026/2027
Piano Sociale di Zona**

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cell. _____
e-mail _____ pec _____

ovvero in qualità di familiare/legale rappresentante (Responsabile del progetto) di:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____ CAP _____
Via _____ n. _____
rapporto di parentela _____
DIAGNOSI (come da verbale d'invalidità) _____

CHIEDE

la concessione del contributo per l'attivazione dei seguenti interventi:

- ☐ **Assistenza domiciliare diretta** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente attraverso assistenti personali formati incaricati, mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore;
- ☐ **Assistenza domiciliare indiretta** (assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'utente attraverso assistenti personali formati incaricati, mediante contratto di lavoro privati;
- ☐ **Socializzazione e integrazione** per favorire la partecipazione ad attività socializzanti (es. centri diurni), mediante contratti con Organizzazioni del Terzo Settore;

DICHIARA Di:

1. Avere residenza anagrafica in uno dei 9 Comuni afferenti al Consorzio CO.I.S.E.S. SUD PONTINO LT/5;
2. Essere in possesso della certificazione di disabilità ai sensi dell'art. 3 (comma 3) della L. 104/92;
3. Avere presentato all'INPS la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) e possedere un ISEE Socio-Sanitario in corso di validità alla data di scadenza del presente avviso, che sarà acquisito d'Ufficio di Piano del Consorzio CO.I.SE.S. Sud Pontino LT5;
4. Di non essere beneficiario di piani assistenziali attivi, alla data di scadenza del presente avviso pubblico:
 - Interventi a favore di persone affette da disabilità gravissima (DECRETO INTERMINISTERIALE 26 SETTEMBRE 2016, DGR N.104/2017 - DGR n.430/2019 - DGR n.395/2020 - DGR n.897/2021);
 - Home Care Premium 2025;
 - Interventi "Vita indipendente" rivolto a persone con disabilità residenti nei comuni afferenti al Consorzio CO.I.SE.S. sud pontino lt5;
 - Interventi in favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare "DOPO DI NOI"- Sovrambito LT5 e LT/4, Legge 112 del 22.06.2016;
5. Non essere inserito in strutture residenziale a carattere sanitario, socio sanitario e socio assistenziale.
6. impegnarsi, in caso di ammissione al beneficio, a dare tempestiva comunicazione all'assistente sociale, assegnata dal Consorzio CO.I.Se.S. al proprio Comune di Residenza, che assumerà il ruolo di Case Manager, 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.
7. impegnarsi a stipulare idoneo contratto di lavoro con assistenti personali formati nel rispetto della normativa vigente, compresa apposita assicurazione RCT, in favore degli stessi, o in alternativa stipulare idoneo contratto con Organizzazioni del Terzo Settore.
8. impegnarsi a trasmettere, al all'assistente sociale, assegnata dal Consorzio CO.I.Se.S. al proprio Comune di Residenza , che assumerà il ruolo di Case Manager, la documentazione necessaria per l'avvio del progetto assistenziale entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (contratto di lavoro con assistente personale formato o contratto con organismi del terzo settore);
9. Di essere consapevole che gli assistenti alla persona destinati al servizio non saranno propri parenti e/o affini entro il 3° grado di parentela e che sono in possesso di uno dei titoli di formazione previsti nell'Avviso pubblico distrettuale;
10. Che la composizione del nucleo familiare oltre all'utente richiedente dell'intervento, coincidente con il nucleo familiare dell'attestazione ISEE Socio Sanitario in corso di validità, è così composto:

[illegible]

11. la presente domanda è compilata in tutte le sue parti.

Il/la sottoscritto/a _____, ai sensi del DPR 445/2000, è consapevole che le dichiarazioni rese saranno soggette ad apposite verifiche, anche a campione, ai sensi di legge. In caso di dichiarazioni non veritiere o di non veridicità accertata a seguito dei controlli, l'utente richiedente decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Allega alla presente domanda

Alla domanda, compilata in tutte le sue parti, dovrà essere obbligatoriamente allegata la seguente documentazione, pena l'esclusione dal beneficio di che trattasi:

- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità e Copia del Codice Fiscale dell'utente;
- Copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità e Copia del Codice Fiscale del Richiedente (Responsabile del Progetto), se non coincidente con l'utente;
- Copia del verbale attestante la condizione di handicap grave ex art. 3 comma 3 L. 104/92, rilasciata dalla Commissione medica individuata ai sensi dell'art. 4 della medesima Legge.

Luogo e data, _____

Firma del richiedente

Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti nelle domanda e negli allegati, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento e per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali degli enti preposti.

Luogo e data, _____

Firma del Richiedente
