

***DISTRETTO SOCIO SANITARIO RM 5.1 E DISTRETTO SOCIOSANITARIO RM 5.2***



Al Distretto Socio-Sanitario RM5.2 \_\_\_\_\_

c/o il Comune di residenza \_\_\_\_\_

**HOME CARE ALZHEIMER**

*Programma integrato sovradistrettuale per i malati di Alzheimer e i malati con deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze*

**RICHIEDENTE/BENEFICIARIO**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

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**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

### 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;
- ☛ 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.**

**INFORMATIVA PRIVACY** (art. 13 e 14 del G.D.P.R. 679/2016 – D. Lgs. 196/03 e ss.mm.)

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali per le finalità connesse alla gestione dell'istanza di cui in oggetto. I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Non è necessario il consenso al trattamento in quanto i dati sono trattati per un obbligo legale nell'esercizio di pubblici poteri dell'Ente. Titolare del trattamento è il Comune di Guidonia Montecelio, Piazza G. Matteotti, 1, che si avvale anche di responsabili esterni e/o incaricati espressamente individuati. I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L'informativa completa è visibile sul sito [www.guidonia.org](http://www.guidonia.org).

Luogo e data, \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente/beneficiario o dell'Amministratore di Sostegno/Tutore**

\_\_\_\_\_