



Distretto Socio Sanitario RM 5.5



Distretto Socio Sanitario RM 5.6

Al Distretto Socio-Sanitario RM \_\_\_\_  
c/o il Comune di residenza \_\_\_\_\_

### HOME CARE ALZHEIMER – VI ANNUALITA'

*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*

### RIAPERTURA DEI TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

#### RICHIEDENTE

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 \_\_\_\_\_

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

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

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

in qualità di:

Amministratore di Sostegno/Tutore

Delegato del richiedente (delega allegata alla presente domanda)

#### RICHIEDENTE IN FAVORE DI:

(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.

### SI ALLEGANO PENA DI ESCLUSIONE

- autocertificazione attestante lo stato di famiglia, come da modulo allegato al presente;
- certificazione L. n. 104/92, art. 3, comma 3;
- documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- documento di identità in corso di validità dell'amministratore di sostegno/tutore o delegato del beneficiario;
- provvedimento di nomina di Amministratore di Sostegno/Tutore secondo la normativa vigente in materia (o richiesta dell'atto di nomina). Nel caso in cui il test MMSE abbia un risultato pari o inferiore a 13, attestante quindi un deterioramento cognitivo severo, è richiesto un 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 consegnato **entro e non oltre il 30 novembre 2020**;
- certificazione sanitaria attestante la **malattia da deterioramento cognitivo dovuto alle diverse forme di demenza Alzheimer e non Alzheimer secondo anche quanto riporta la legge sulle demenze (esclusa la demenza senile)**, rilasciata da un ex Centro U.V.A./CDCD riconosciuto dalla Regione Lazio;
- test di autonomia funzionale (MMSE, ADL, IADL) rilasciati dagli ex Centri Uva/CDCD o da unità operative del Servizio Sanitario Nazionale (Unità operative di geriatria o neurologia), o dallo specialista neurologo o geriatra dei Centri Assistenza Domiciliare CAD. E' necessario consegnare integralmente le scale di valutazione di cui sopra. **E' possibile integrare la domanda della certificazione richiesta entro e non oltre il 30 novembre 2020**. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio bisogna presentare i test di autonomia rilasciati da non più di 12 mesi;
- Test CDR (Clinical Dementia Rating) è necessario consegnare integralmente la scala di valutazione. **E' possibile integrare la domanda della certificazione richiesta entro e non oltre il 30 novembre 2020**;
- certificazione ISEE in corso di validità (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF. In tal caso l'ISEE va consegnato **entro e non oltre il 30 novembre 2020**).

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

Firma del richiedente

---

**INFORMATIVA PRIVACY** (art. 13 e 14 del G.P.R. 679/2016)

I dati personali trattati dal Comune di San Vito Romano sono raccolti per finalità di assistenza pubblica. I dati personali sono acquisiti direttamente da soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il Comune di San Vito Romano, Borgo Mario Theodoli n.34 , 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.

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

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

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

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

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):

(*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

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

Firma

\_\_\_\_\_