



Distretto Socio Sanitario RM 5.5



Distretto Socio Sanitario RM 5.6

## Allegato 1 ( Domanda per il mantenimento per gli utenti già beneficiari)

Al Distretto Socio-Sanitario RM \_\_

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 Alzheimer e non Alzheimer secondo quanto riporta la legge sulle demenze*

### 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

- Richiesta di mantenimento e accettazione del contributo (Allegato 1), compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto;
- Autocertificazione attestante lo stato di famiglia (Allegato 3);
- Documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Documento dell'amministratore di sostegno o tutore, o del delegato dal 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 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.
- 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. Al fine di garantire una corretta valutazione sanitaria e una corrispondente attribuzione del punteggio è **necessario presentare i test di autonomia rilasciati da non più di 12 mesi**. Al fine di una corretta valutazione sanitaria, è preferibile consegnare integralmente le scale di valutazione di cui sopra.
- Test CDR (Clinical Dementia Rating) preferibilmente integrale, qualora il punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) sia  $\geq 4$ , il beneficiario passerà direttamente alla Disabilità Gravissima, come stabilito dalla DGR 104/2017;
- Certificazione ISEE, in corso di validità (in assenza è possibile consegnare la DSU o dichiarazione sostitutiva attestante l'avvenuta richiesta presso un CAF)

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**

\_\_\_\_\_