

AI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI _____

DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DI ALZHEIMER RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA ROMA 6

(Da presentare presso il rispettivo Ufficio Protocollo del Comune di residenza o al PUA di riferimento)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

In qualità di:

-familiare

. tutore

. curatore

. amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____

C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso al servizio di Assistenza Domiciliare Indiretta per persone affette da patologia di Alzheimer

A tale fine consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e delle possibilità di controllo da parte dell'Amministrazione Comunale, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, pena l'esclusione

DICHIARA

(barrare il numero d'interesse)

1) Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e di essere in possesso della valutazione nel Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3 e comunque non uguale o superiore a 4.

2) Di non usufruire già del servizio di assistenza domiciliare diretta Alzheimer. **Gli interessati potranno presentare domanda per entrambi i servizi (assistenza domiciliare diretta e assistenza domiciliare indiretta) ma al momento dell'attivazione ma al momento dell'attivazione potranno scegliere una sola forma di assistenza.**

3) Di impegnarsi ad assumere quale proprio assistente alla persona, personale in possesso di uno dei titoli professionali previsti dalla DGR 88/2017 e riportati all'art .2 dell'avviso pubblico per l'accesso ai servizi di assistenza domiciliare indiretta Alzheimer

DICHIARA INOLTRE

Allega alla presente pena esclusione:

- 1) Copia di documento di identità del Richiedente/Dichiarante e della persona interessata al beneficio, in corso di validità;
- 2) Copia del modello ISEE e della relativa dichiarazione sostitutiva unica dell'intero nucleo familiare in corso di validità;
- 3) Copia della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e da tutti i servizi accreditati;
- 4) Valutazione del Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3.
- 5) Dichiarazione di non usufruire già del servizio di assistenza domiciliare diretta Alzheimer;
- 6) Dichiarazione di impegnarsi ad assumere quale proprio assistente alla persona, personale in possesso di uno dei seguenti titoli professionali:
 - a) operatore sociosanitario (OSS);
 - b) assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
 - c) operatore socioassistenziale (OSA);
 - d) operatore tecnico ausiliario (OTA);
 - e) assistente familiare (DGR 607/2009);
 - f) diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

Possono altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati entro un anno dall'iscrizione al registro, come persona fisica che intende operare come assistente alla persona.

Il mancato conseguimento del titolo entro due anni dall'iscrizione al corso fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni di cui trattasi.

La sig.ra / il sig.

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di _____ al

trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Data _____ Firma _____

LUOGO E DATA

IL RICHIEDENTE

MODELLO SEMPLICE DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

In qualità di:
-familiare
. tutore
. curatore
. amministratore di sostegno

Del/della sig./sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ tel. _____
C.F. _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia.

DICHIARA

(barrare il numero d'interesse)

1) Di essere in possesso della certificazione di malattia rilasciata dalle U.V.A. del territorio nazionale e di essere in possesso della valutazione nel Clinical Demential Rating Scale con un punteggio da 0 a 3 e comunque non uguale o superiore a 4.

2)Di non usufruire già del servizio di assistenza domiciliare diretta Alzheimer. **Gli interessati potranno presentare domanda per entrambi i servizi (assistenza domiciliare diretta e assistenza domiciliare indiretta) ma al momento dell'attivazione ma al momento dell'attivazione potranno scegliere una sola forma di assistenza.**

3) Di impegnarsi ad assumere quale proprio assistente alla persona personale in possesso di uno dei titoli professionali previsti dalla DGR 88/2017 e riportati all'art .2 dell'avviso pubblico per l'accesso ai servizi di assistenza domiciliare indiretta Alzheimer, ovvero:

- a) operatore sociosanitario (OSS);
- b) assistente domiciliare e dei servizi tutelari (ADEST);
- c) operatore socioassistenziale (OSA);
- d) operatore tecnico ausiliario (OTA);
- e) assistente familiare (DGR 607/2009);
- f) diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari.

Possano altresì svolgere le funzioni di operatore le persone non in possesso dei titoli sopra indicati, ma con documentata esperienza in tali funzioni almeno quinquennale in strutture e servizi socio assistenziali per persone con disabilità e/o per persone anziane, che si iscrivano ad un corso utile al rilascio di uno dei titoli sopra elencati entro un anno dall'iscrizione al registro, come persona fisica che intende operare come assistente alla persona.

Il mancato conseguimento del titolo entro due anni dall'iscrizione al corso fa venir meno l'idoneità allo svolgimento delle funzioni di cui trattasi.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante

(firma per esteso e leggibile)