



DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI TIVOLI – RMG3

Comune di Tivoli - Capofila

COMUNI DI: CASAPE, CASTEL MADAMA, CERRETO LAZIALE, CICILIANO, GERANO, LICENZA, MANDELA, PERCILE, PISONIANO, POLI, ROCCAGIOVINE, SAMBUCI, SAN GREGORIO DA SASSOLA, SAN POLO DEI CAVALIERI, SARACINESCO, TIVOLI, VICOVARO

INTERVENTI IN AIUTO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE
(LEGGE 21/05/1998, n. 162)

Avviso pubblico

Premesso che la Regione Lazio, al fine di assicurare una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale, promuove la programmazione e l'attuazione di iniziative previste dalla Legge 21 maggio 1998 n. 162 ad integrazione degli interventi già attuati dagli Enti locali, quali:

- programmazione ed attuazione di servizi di sostegno alla persona e alla famiglia attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche nei giorni festivi e prefestivi previamente concordati con il servizio sociale;
- rimborso parziale delle spese sostenute e documentate mediante fatture o ricevute fiscali nell'ambito di programmi di assistenza e riabilitativi concordati con il servizio sociale relative all'anno 2016 ;

Visto il "Regolamento Legge 162/98 disabilità grave" approvato con Deliberazione del Consiglio Comunale N. 33/2015.

SI RENDE NOTO CHE

sono aperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione agli interventi di cui sopra e che gli aventi diritto possono presentare apposita istanza utilizzando esclusivamente la modulistica disponibile presso l'U.R.P. del Comune di residenza e scaricabile dal sito istituzionale <http://www.comune.tivoli.rm.it/intro/>, entro e non oltre il **14 dicembre 2016**;

gli interventi sono rivolti esclusivamente alle persone con disabilità in situazione di particolare gravità certificata dalle commissioni mediche integrate, ai sensi del comma 3, art. 3 della Legge n. 104/92 e non legata a fenomeni d'invecchiamento;

Le istanze devono essere corredate da:

- modello ISEE rilasciato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159;
- certificazione rilasciata dalla Commissione medica integrata, ai sensi art. 3 comma 3 della Legge L.104/92;
- certificazione rilasciata da un medico di base attestante che la disabilità riconosciuta non è legata a fenomeni di invecchiamento (allegato C del modello di domanda);
- modulo liberatoria per i richiedenti del contributo economico;
- fotocopia documento identità in corso di validità.

Sarà possibile l'erogazione di un solo intervento per nucleo familiare

Sono esclusi gli interventi rientranti nell'ambito del diritto allo studio e quelli di natura tipicamente sanitaria.

Alla scadenza della presentazione delle domande, verrà predisposta una graduatoria secondo i criteri stabiliti nel Regolamento Legge 162/98 disabilità grave.

Si procederà all'erogazione dei contributi agli aventi diritto, fino ad esaurimento fondi e solo a seguito dell'introito al "Distretto RM 5.3 Tivoli" delle risorse riconosciute dalla Regione Lazio con Delibera della Giunta Regionale n. 662 del 07/11/2016.

Il presente avviso viene pubblicato all'Albo Pretorio online sul sito istituzionale
<http://www.comune.tivoli.rm.it/intro/>

Lì _____

Il Dirigente ad Interim
Settore IV
Dott.ssa Lucia Leto

DISTRETTO SANITARIO G3

COMUNE DI _____

PIANO DI ZONA – RICHIESTA INTERVENTI LEGGE 162/98

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Via _____

telefono _____

CHIEDE

(in nome e per conto proprio / del proprio congiunto)

sig./sig.ra _____ (grado di parentela) _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ telefono _____

di usufruire degli interventi previsti dalla Legge 162/98 scegliendo un solo intervento per nucleo familiare:

	TIPOLOGIA DEL SERVIZIO	SI	NO
A	Assistenza Domiciliare Distrettuale e di aiuto alla persona, anche nei giorni festivi e pre-festivi		
B	Rimborso parziale delle spese di assistenza nell'ambito di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale (Documentate con relativa certificazione)		

Sotto la propria personale responsabilità dichiara che:

☐ Il proprio congiunto è stato informato della presentazione della seguente richiesta e delle finalità della medesima.

Allega alla presente:

- Certificazione rilasciata dalla Commissione medica integrata, ai sensi art. 3 comma 3 della Legge 104/92;
- modello ISEE rilasciato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013 n. 159;
- certificazione medica (allegato C del modello di domanda);
- modulo liberatoria per i richiedenti del contributo economico;
- fotocopia documento identità in corso di validità.

Lì, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Comune di _____

Oggetto: Piano di Zona – Legge 162-98

Cognome e Nome: _____ nato il _____ a _____

Residente in _____ via _____ Tel.

Disabilità: (specificare):

SITUAZIONE SOCIO ECONOMICA

PIANO D'INTERVENTO

OBIETTIVI: _____

CONTRIBUTO ECONOMICO (Proposta) _____

L'Assistente Sociale _____

Per adesione:

L'utente o l'esercente la potestà _____

CERTIFICAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE 162/98

Il sottoscritto dott. _____ dichiara che il/la sig.re/ra:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente in _____

prov. _____ via _____ tel. _____

presenta le seguenti disabilità (*):

La disabilità riconosciuta non è legata a fenomeni di invecchiamento.

Lì _____

Il Medico Curante

N.B. (*)

L'accesso alle prestazioni ai sensi della legge 162/98 è riservato alle persone in possesso del riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. n. 3 comma 3 legge 104/92 e che non siano in grado di adempiere ad almeno due delle funzioni sotto indicate:

- Deficit intellettivo grave che comporti un grave ritardo mentale contestuale a gravi difficoltà di apprendimento;
- Impossibilità alla deambulazione;
- Impossibilità al mantenere il controllo sfinterico;
- Impossibilità, se di età superiore ai 10 (dieci) anni, all'assunzione del cibo o a lavarsi o a vestirsi;

Legge 21 maggio 1998 N. 162
Autorizzazione accredito rimborso parziale delle spese documentate di assistenza nell'ambito
di programmi previamente concordati con il Servizio Sociale Distrettuale.

Annualità 2016

Il sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
CODICE FISCALE _____

in nome e per conto proprio / del proprio congiunto, beneficiario del rimborso:

sig./sig.ra _____ (grado di parentela) _____
nato/a a _____ il _____
e residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____
CODICE FISCALE _____

AUTORIZZA

Che l'accredito del rimborso delle spese avvenga sul c/c :

- ☐ Postale n. _____ IBAN _____
☐ Bancario n. _____ IBAN _____

Intestato a

nato a _____ il _____
residente in via/piazza _____ n. _____
Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ (Obbligatorio) cell _____
CODICE FISCALE _____

Oppure per gli importi inferiori a 1.000,00€:

AUTORIZZA

- ☐ Riscossione in contanti presso la tesoreria del Comune di Tivoli, Banca Popolare di Ancona sita in p.zza Santa Croce Tivoli, in favore di:

Nome e cognome riscossore:

nato a _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

telefono _____ (Obbligatorio) cell _____

CODICE FISCALE _____

Il Dichiarante

data.....

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.