



Comune di Frosinone



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL FROSINONE



Al Comune di \_\_\_\_\_  
Alla c.a. dell'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B

**ISTANZA DI ACCESSO**

**Interventi in favore di persone in condizione di disabilità con  
necessità di sostegno intensivo (DISABILITA' GRAVISSIMA)**

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e DGR n. 897/2021)

**ISTANZA DI ACCESSO**

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di:

beneficiario dell'istanza

oppure:

- familiare, indicare grado di parentela \_\_\_\_\_
- caregiver familiare\*
- tutore (*Decreto Tribunale di* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_)
- amministratore di sostegno (*Decreto Tribunale di* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_)
- altro (*specificare:* \_\_\_\_\_)

in favore di: (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* solo nel caso in cui sia stato già riconosciuto dall'UVMD ai sensi delle L.r. 5/2024 e della DGR 751/2024.

**CHIEDE**

**di accedere al seguente intervento previsto alla DGR n. 897/2021 per l'annualità 2025**  
***(barrare una sola opzione)***

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA** erogato tramite Ente gestore individuato dal Distretto con procedura ad evidenza pubblica e consistente in un insieme di prestazioni professionali rese nel contesto di vita quotidiana della persona, volte a favorire la permanenza dell'individuo nel proprio ambito familiare e sociale e a prevenirne l'istituzionalizzazione;
- ASSEGNO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite assunzione di un operatore qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia oppure avvalendosi di un soggetto di Terzo Settore regolarmente accreditato;
- CONTRIBUTO DI CURA** finalizzato a realizzare un intervento di **assistenza domiciliare indiretta**, tramite **l'acquisto di Servizi forniti da Imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale o tramite regolare assunzione del collaboratore familiare.**

**CHIEDE**

**altresì che venga riconosciuto come caregiver familiare ai sensi della L.r. 5/2024 e DGR 751/2024**

il/la sig/sign.ra (Cognome/nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ recapito tel./cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_

- Convivente (rispetto al beneficiario)
- Non convivente (rispetto al beneficiario)

**DATI RIFERITI AL SECONDO CAREGIVER FAMILIARE** (da compilare solo in caso di beneficiario di età inferiore ai 18 anni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ recapito tel./cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grado di parentela (rispetto al beneficiario) \_\_\_\_\_



contratto di regolare assunzione dell'operatore/collaboratore familiare e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute (MAV INPS);

- in caso di accesso al contributo di cura, di impegnarsi a produrre copia dei giustificativi di spesa comprovanti la fruizione dei servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, con cadenza trimestrale;
- di non essere già beneficiario di assegno di cura relativo ad interventi in favore di malati di Alzheimer;
- di non fruire/fruire del progetto INPS HCP con un contributo mensile pari ad € \_\_\_\_\_ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- di non fruire/fruire di interventi di assistenza domiciliare (componente sociale) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone per un numero di ore settimanali pari a \_\_\_\_\_ (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- di non frequentare/frequentare Centri diurni o semiresidenziali presenti nel territorio del Distretto Sociale B di Frosinone per n. \_\_\_\_\_ giorni settimanali (cancellare l'ipotesi che non ricorre);
- che il caregiver familiare indicato nella presente istanza, volontariamente e in modo gratuito e responsabile si prende cura del beneficiario, intrattenendo con lo stesso consolidati e verificati rapporti di cura, supporto e assistenza personale;
- di aver preso visione dell'avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti;
- di aver preso visione dell'informativa privacy che gli viene consegnata in copia;
- che lo stato di famiglia del beneficiario è il seguente:

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

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_

## ALLEGA

- Scheda di certificazione sanitaria (*Allegato 1*) rilasciata da idonea struttura sanitaria pubblica, attestante la sussistenza di una o più condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, come già elencate, attestante la patologia determinante dipendenza vitale e il grado di non autosufficienza / stato di gravità;
- Verbale di riconoscimento dell'Invalidità civile al 100% e dell'Indennità di accompagnamento;
- Attestazione ISEE regolare e in corso di validità;
- Richiesta di riconoscimento dello status di caregiver familiare (*Allegato 2*) debitamente compilata e sottoscritta dal richiedente e dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- Dichiarazione di impegno alla rendicontazione per i richiedenti l'assegno di cura e il contributo di cura (*Allegato 3*);
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del richiedente il contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del beneficiario del contributo;
- Copia del documento di identità in corso di validità e del C.F. del caregiver;
- Copia del codice IBAN del richiedente/beneficiario del contributo (*non riferito al libretto postale*);
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

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

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

\*campi obbligatori

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_