



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

Modello D)

Spettabile Comune di _____

**MODELLO PER L'AGGIORNAMENTO DELLA DOMANDA
IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITA' GRAVISSIMA**

(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)

Il/La sottoscritto/a _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non
corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n°445,
dichiara di essere nat _____ a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° _____ cap _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____

e-mail _____

In qualità di interessato
 rappresentante legale degli interessi
 richiedente la rappresentanza legale degli interessi

CHIEDE PER

il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____

in via _____ n° _____

codice fiscale _____

tel.: _____ cell. _____



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

e-mail _____

l'aggiornamento della domanda a seguito della presentazione di:

Modello I.S.E.E., (indicatore della situazione economica equivalente) ordinario e socio sanitario in corso di validità, o, in assenza dello stesso, ricevuta di presentazione DSU, attestante la condizione economica per i nuclei familiari con componenti con disabilità secondo il DPCM del 5 dicembre 2013, n.159 avente ad oggetto il "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente I.S.E.E" e la legge 26 maggio 2016, n.89;

attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale, rilasciata da struttura del SSN, sottoscritta, timbrata e datata dal medico;

provvedimento di nomina quale 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, nei casi previsti dalla legge;

attivazione di ulteriori servizi e prestazioni sociali
quali: _____

scelta di una diversa modalità di assistenza, quale:

ASSISTENZA DOMICILIARE

ASSEGNO DI CURA quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;

CONTRIBUTO DI CURA quale contributo economico per il riconoscimento ed il supporto alla figura del caregiver familiare (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato)

indicazione di un diverso caregiver e/o cambiamento dello stato anagrafico, come di seguito indicato:

il/la Sig./Sig.ra (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____

e residente in via/piazza _____ n. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ telefono _____



COMUNE DI SUBIACO
Città Metropolitana Roma Capitale
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5.4

SI ALLEGA

- Modello I.S.E.E. o DSU;
- attestazione dell'aggravamento della compromissione funzionale;
- provvedimento di nomina quale 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;

IL RICHIEDENTE

Luogo e data _____