

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

Ambito Distrettuale Sociale n. 21 Val Vibrata

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"

Distretto Sanitario di Base: Asl Teramo - Sede Nereto

Servizio competente: Unità di Valutazione Multidimensionale

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

All'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE

N° 21

UFFICIO DI PIANO

via: T. Tasso, n° snc

Cap 64027 Comune Sant'Omero

Per il tramite del Comune di

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a Prov. (.....)

il...../...../...../, nazionalità: italiana Unione europea extracomunitaria:.....

residente a Prov. (.....)

Via/Piazza n°

Tel.: E-mail

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Medico di medicina Generale: Tel.:

(*) Riconosciuto: Persona disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data.....

(*) Allegare copia verbale

UNIONEDMUEWONICOMTTAGUEERRIFORIOVVA. VORRAA8Pdel. 2B-0000229adewlvø9e#l-202d1- p#rtenza

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/anato/a a Il...../...../.....
 Residente a (.....) Via/Piazza
 Tel..... E-mail
 Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Familiare:, Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....
 Del Sig./Sig.ra..... nato/a a Il...../...../...../
 Residente a (.....) Via/Piazza/C.da
 Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Recapito telefonico
 Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

**B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una sola richiesta):
ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

- B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)
- B.1.2. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE.

A TAL FINE DICHIARA:

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

--	--	--	--	--

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo in famiglia in Comunità altro: _____

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/> prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti necessari per l'istruttoria della pratica sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e che gli stessi saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale:

- ❖ **Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato** o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.
- ❖ Si impegna a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es. Home Care Premium, casellario dell'assistenza – SIUSS e SINA- ECC.)
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario) in corso di validità;**
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92**
 - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;**
 - Modello di certificazione medica attestante la presenza di una delle condizioni elencate nel Decreto Ministeriale del 26.09.2016;**
 - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.**
- ❖ **Dichiara, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.**

Modalità di pagamento

BANCA: _____ Agenzia: _____

Conto Corrente n°: _____ intestato a: _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ intestato a: _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ ai
sensi del D. Lgs. 20/06/2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione
esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai regolamenti comunali in materia.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; informato, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, propedeutici per l'Istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso

di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione; I dati saranno utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche al Servizio Sociale Professionale (coop Assistenza 200), all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n. 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO:

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81 e 82 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data / ____/____/____/

Firma _____