



Ambito Distrettuale Sociale n.17

“Montagna Pescarese”

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)

Avviso annualità 2023

ALLEGATO: MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO DI CURA

ADS: _____ / ECAD N° _____ / _____ / SERVIZIO COMPETENTE: _____

DSB di riferimento: _____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

All’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N° _____
UFFICIO DI PIANO ECAD N° _____
via: _____ n° _____
Cap. _____ Comune _____

DA COMPILEARE 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 portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data
.....

(*) Allegare copia verbale

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON 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: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

♦ 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 Mail

Medico di medicina Generale: Tel.:

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

(*) Allegare copia verbale

C H I E D E

A ♦ INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONE DI SOLLIEVO FAMILIARE IN AMBITO DOMICILIARE (ART. 164 L. 234/2021) -per gli assegni è possibile barrare una sola opzione:

- A.1 ASSEGNO DI CURA PER LA DISABILITÀ GRAVISSIMA E LA NON AUTOSUFFICIENZA CON BISOGNO ASSISTENZIALE ALTO E MOLTO ALTO
- A.2 ASSEGNO DI CURA PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONE DI SOLLIEVO FAMILIARE IN AMBITO DOMICILIARE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ GRAVE.

A tal fine dichiara:

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data e luogo 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:

A t t u a l m e n t e u s u f r u i s c e d e i s e g u e n t i s e r v i z i

Tipologia Servizi		Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)	Tipologia d'intervento (PDS/FNA/altro)
<input type="checkbox"/>	Servizio assistenza Domiciliare – SAD (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Assistenza Infermieristica Domiciliare – ADI (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)				
<input type="checkbox"/>	Sevizio di Aiuto alla Persona				
<input type="checkbox"/>	Assegno di Cura (FNA)				
<input type="checkbox"/>	Trasporto sociale (PDS/FNA)				
<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio				
<input type="checkbox"/>	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato/Servizio civile				
<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 per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012)				
<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"/>	Contributo per il caregiver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016)				
<input type="checkbox"/>	Altro:				
<input type="checkbox"/>	Altro:				

A R E A D E I B I S O G N I

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

- PULIRE LA CASA PREPARARE I PASTI FARE LA SPESA
 GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI ALTRO: _____

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE
 UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI
 ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE
 ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARI
 ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO ATTIVITA' CULTURALI
 VIAGGI ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, 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 utilizzate e comunicate anche 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.

◆ 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 ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità;*
- Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;*
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.*
- Altra certificazione attestante lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima (art. 3, co 2 D.M. 26 settembre 2016);*

◆ 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.

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..

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 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 Reg. UE 679/2016, 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 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