

ALLEGATO A

Spett.le Azienda Speciale per i Servizi Sociali
del Comune di Montesilvano (ECAD n.18)

MODULO RICHIESTA FONDI NAZIONALI NON AUTOSUFFICIENZA 2024**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.:

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 aIl...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

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

Recapito telefonico e-Mail

Medico di medicina Generale: Tel.:

Visto

l'Avviso Pubblico "FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022/2024 - ANNUALITA' 2024 - AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI ECAD N.18 MONTESILVANO", emesso dall'azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano – ECAD N.18 – con Determina del direttore n.78 del 19/02/2025.

CHIEDE

di usufruire del seguente servizio – intervento economico:

- A – INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (barrare richieste):**
 - SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE E ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

- B – INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI DELL'ART.3 COMMA2 DEL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 26/09/2016:**
 - ASSEGNO DI CURA DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA) E IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER

A TAL FINE DICHIARA:

(ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o falsa, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato)

1- CHE IL NUCLEO FAMILIARE DEL CANDIDATO AL PROGETTO È COMPOSTO DA:

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

(*) - Studente, lavoratore a tempo indeterminato, lavoratore a tempo determinato, pensionato, disoccupato, altro...

- **che l'ISEE socio-sanitario o minorenni del candidato è il seguente € _____**
(può essere considerato anche l'ISEE ordinario del nucleo familiare del beneficiario qualora lo stesso sia coincidente con il valore ISEE socio-sanitario)

- **che lo Stato di famiglia del candidato al progetto è composto da:**

- unico componente
- con presenza di sole persone disabili (L.104 art.3 c.3) o con invalidità maggiore del 74%
- che nello Stato di famiglia del candidato al progetto è presente un solo care giver**

- **che nello Stato di famiglia del candidato al progetto è presente:**

- un convivente con disabilità ai sensi della Legge n.104 art. 3 c.3
- un convivente con invalidità civile superiore al 74% o con Legge n.104 art.3 c.1

2- CHE L'ATTUALE SITUAZIONE ABITATIVA DEL CANDIDATO AL PROGETTO È LA SEGUENTE:

- da solo in famiglia in comunità altro: _____

3- CHE IL CANDIDATO AL PROGETTO ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI (da compilare obbligatoriamente):

TIPOLOGIA SERVIZIO		EROGATORE	ore 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"/>	SEVIZIO DI AIUTO ALLA PERSONA			
<input type="checkbox"/>	ASSEGNO DI CURA FNNA			
<input type="checkbox"/>	ASSEGNO DI CURA – FONDO CAREGIVER			
<input type="checkbox"/>	TRASPORTO SOCIALE			
<input type="checkbox"/>	BUONI SERVIZIO			
<input type="checkbox"/>	SEMI RESIDENZIALE IN REGIME CONVENZIONATO			
<input type="checkbox"/>	SERVIZIO ASSISTENZA SCOLASTICA			
<input type="checkbox"/>	CENTRO DIURNO / LABORATORIO			
<input type="checkbox"/>	INSERIMENTO LAVORATIVO / FORMATIVO			
<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:			
<input type="checkbox"/>	NESSUN SERVIZIO			

AREA DEI BISOGNI (barrare i bisogni del candidato)

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
NOTTURNA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI
AUSILI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI |
| <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 UNIVERSITARI |
| <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 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 utilizzati e comunicati 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:**

- copia di un valido documento di identità del richiedente, potenziale beneficiario dell'intervento/servizio e del care – giver firmatario dell'accordo;
- copia di eventuale provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile unitamente a copia del documento d'identità;
- copia della certificazione di disabilità grave ai sensi della L. 104 art. 3 comma 3 del richiedente o del certificato di invalidità al 100% con accompagnamento (no certificazioni con OMISSIS);
- certificazione ISEE socio- sanitario ai sensi dell'art.6 DPCM 153/2013/minorenni, in corso di validità;
- Eventuale altra certificazione attestante lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima (art. 3, co2 D.M. 26 settembre 2016);
- Eventuale certificazione di invalidità o disabilità ai sensi della L.104/92 di altri componenti il nucleo familiare;
- titolo di soggiorno, se cittadino straniero;
- Altra documentazione, specificare: _____
- Copia attestazione IBAN del beneficiario

- Dichiaro, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per la medesima 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 (Allegare copia attestazione IBAN)

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 Regolamento UE 2016/679 - GDPR e 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.

DATA _____

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 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.

DATA _____

Firma _____