

**ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA**

Ambito Distrettuale Sociale n. 6 "Sangrino"

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Comune di Castel di Sangro

Distretto Sanitario di Base: Distretto Sanitario area Peligno - Sangrino

Servizio competente: Ufficio di Piano - ECAD n. 6 Sangrino

**MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)**

**All'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE N°6**

**UFFICIO DI PIANO**

**via: Corso Vittorio Emanuele II, n°10**

**Cap 67031 Comune Castel di Sangro**

**PEC comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it**

**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

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/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.: .....

**CH I E D E**

**A** INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI  
GRAVI (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):

ASSEGNO DI CURA

**B** INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S.  
(per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):

ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)

ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONI DI DISABILITA' GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI

**A TAL FINE DICHIARA:**

**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 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
- ❖ Allega alla presente domanda per **l'ASSEGNO DI CURA:**
  - Copia del documento di identità in corso di validità dell'utente e del richiedente;
  - Copia del verbale Legge 104/92 art. 3 comma 3;
  - Attestazione ISEE socio sanitaria in corso di validità;
  - Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;
  - Copia del verbale di Invalidità Civile 100%;

Allega alla domanda **DISABILITA' GRAVISSIMA:**

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda **DISABILITA' GRAVISSIMA:**
  - Attestazione ISEE socio-sanitaria 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;
  - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
  - Certificazione medica specialistica delle condizioni dichiarate nell'art. 3 del d.m. del 26.09.2016 (**allegato n. 2**)
  - Copia del decreto di nomina di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno

**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 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

**BANCA:** \_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_

**Codice IBAN:** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente Postale n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_

**N.B. Non sono ammessi Iban relativi a Libretti postali.**

### Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai  
sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, 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 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 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Reg. UE 679/2016, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_