# ALLEGATO 1 : MODELLO DI DOMANDA

# ECAD N \_\_\_\_\_\_\_

# ADS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# COMUNE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DSB DI RIFERIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

# UFFICIO DI PIANO ECAD N\_\_\_\_\_\_\_

# DA COMPILARE SE LA DOMANDA E’ PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

# Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

# Nazionalità: O Italiana O Unione Europea O Extracomunitaria : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Medico di medicina generale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# - Riconosciuto persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, c. 3, L. 104/1992) in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ALLEGARE COPIA VERBALE)

# DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E’ PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

# Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

# Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# In qualità di: O Familiare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O Tutore O Amministratore di sostegno

# O Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Del Sig./Sig.ra nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/ piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Medico di medicina generale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **CHIEDE**

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

# **O A.1. ADI – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

# **O A.2. A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE**

# **O A.3. SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE**

# **O A.4. TELESOCCORSO- TELEASSISTENZA**

# **O A.5 TRASPORTO**

# **O A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO**

# **O A.7 PRESTAZIONI DI CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE DI SOSTEGNO AL CAREGIVER**

# **O A.8 ASSEGNO DI CURA**

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

# **O B.1. ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIMA**

# **O B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITA’ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA SLA**

# **O B.1.2. ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIMA PER LE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER E RITARDI MENTALI GRAVI E PROFONDI**

# **O B.2. A.D.I- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA SLA E DISABILITA’ GRAVISSIMA**

# **O B.3 A.D.S.A.- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE SLA E DISABILITA’ GRAVISSIMA**

# 

# **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 sociale; pensionato; disoccupato

# Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Attuale situazione abitativa del candidato al progetto:

# O da solo O in famiglia O in comunità O altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia servizi** | **Erogatore** | **H settimanali** | **Contributo (mensile)** |
| O Servizio assistenza domiciliare – S.A.D. |  |  |  |
| O Assistenza infermieristica domiciliare |  |  |  |
| O assistenza programmata domiciliare (ADP – Medico curante) |  |  |  |
| O servizio di aiuto alla persona |  |  |  |
| O P-L.N.A. (specificare) |  |  |  |
| O assegno di cura e assistenza |  |  |  |
| O trasporto |  |  |  |
| O buoni servizio |  |  |  |
| O disponibilità di obiettori di coscienza/ volontario |  |  |  |
| O centro diurno / laboratorio |  |  |  |
| O inserimento lavorativo/ formativo |  |  |  |
| O servizio socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico e/o extrascolastico |  |  |  |
| O contributo SLA/ dipendenza vitale |  |  |  |
| O contributo per la vita indipendente (L.R. 57/2012) |  |  |  |
| O prestazione servizio ai sensi dell’ Home Care Premium (HCP) |  |  |  |
| O beneficio economico ai sensi del HCP |  |  |  |
| O Contributo per il caregiver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica |  |  |  |
| O altro |  |  |  |

# **ASSISTENZA SVOLTA DA I FAMILIARI E/O ALTRA FIGURA**

# **(ASSISTENTE/ CAREGIVER)**

# **AREE DEI BISOGNI**

# AREA AUTONOMIA PERSONALE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O ALZARSI DAL LETTO | O USO DEL WC | O LAVARSI IL VISO |
| O LAVARSI LE MANI | O LAVARSI CAPELLI E PETTINARSI | O IGIENE INTIMA |
| O FARE IL BAGNO O DOCCIA | O VESTIRSI O SPOGLIARSI | O ASSISTENZA NOTTURNA |
| O SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | O GESTIONE CATETERE | O GESTIONE DEGLI AUSILI |
| O CORICARSI | O MANGIARE, BERE | O ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# AREA AUTONOMIA DOMESTICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O PULIRE LA CASA | O PREPARARE PASTI | O FARE LA SPESA |
| O GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | O ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

# AREA AUTONOMIA SOCIO- LAVORATIVA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O SPOSTARSI IN CARROZINA FUORI DALL’ABITAZIONE | O UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | O ATTIVITAì RELATIVE AL TEMPO LIBERO |
| O ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | O ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO | O VIAGGI |
| O GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE | O PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ CULTURALI | O DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| O ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA | O ATTIVITA’ CULTURALI | O ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

# **O SI DICHIARA CHE IL BENEFICIARIO, PER I CASI DI DISABILITA’ GRAVISSIMA E AFFETTI DA SLA, E’ GIA STATO VALUTATO DALL’UVM NELLE PRECEDENTI ANNUALITA’ ED E’ IN POSSESSO DI UN’ATTESTAZIONE SOCIO-SANITARIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIANZA PERMANENTE E/O NON SOGGETTA A MARGINI DI MIGLIORAMENTO, RILASCIATA DAL MEDICO CURANTE O ALTRI ORGANISMI SANITARI E SOCIO-SANITARI COMPETENTI ( ATTESTAZIONE DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO DI DOMANDA)**

# 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:

# O Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell’art.6 DPCM 153/2013) in corso di validità;

# O Certificazione ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92

# O Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;

# O 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 finalita’ 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..

# **MODALITA’ DI PAGAMENTO**

**COMUNICA** i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a …………………………………………………

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Banca …………………………………………………………

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

# 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 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 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

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_