**ALLEGATO1 :**

**MODELLO DI DOMANDA**

**ASSEGNO DI CURA**

**FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024**

**AVVISO PUBBLICO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI DEGLI ASSEGNI DI CURA DISABILITA’ GRAVISSIMA, GRAVE E NON AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2022**

***All’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE “TORDINO VOMANO”
UNIONE COMUNI LE TERRE DEL SOLE ECAD ADS 22***

 *via Galileo Galilei 91*

*Cap 64021 Giulianova*

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

**Il/la sottoscritto/a**……………----------…………………………… nato/a a ……………………………………. Prov. (……)

 il………/…….../………/ nazionalità: o italiana o unione europea o extracomunitaria: ………………………

residente a ……………………………….... Prov. (…….) in 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: o italiana o unione europea oextracomunitaria: ………………………….

residente a ……………………………….. Prov. (……...) in Via/Piazza………………………………………………………...

n° ……… Tel.: ……………….………………. E-mail ……………………………..…………………………………………………….

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

in qualità di: o Familiare: …………………….………..…… o Tutore, o Amministratore di sostegno,

o Altro (specificare)……………….…………………

Del Sig./Sig.ra………………………………………........……...... nato/a a ……………………………Il………/…..…/……../

Residente a ……………………………………Via/Piazza/C.da …………………………………………………………n°………..

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**

***INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO (è possibile barrare una sola opzione):***

□ ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVE

□ ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, DI CUI ALL’ART. 3 D.M. 26/09/2016, IVI INCLUSI QUELLI A SOSTEGNO DELLE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. E DELLE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER

**Dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni (indicare con una x):**

|  |  |
| --- | --- |
| **TABELLA PATOLOGIE** |  |
| 1 | Persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) <=10 |  |
| 2 | Persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7) |  |
| 3 | Persone con grave o gravissimo stato di demenza con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) >=4 |  |
| 4 | Persone con lesione spinale fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B |  |
| 5 | Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilanciomuscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9, o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod |  |
| 6 | Persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore a 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore. |  |
| 7 | Persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM – 5  |  |
| 8 | Persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM - 5 , con QI<=34 e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) <=8 Domiciliate |  |
| 9 | Ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche (specificare) |  |

**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: ……………………………………

**Attualmente usufruisce dei seguenti servizi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia Servizi** | **Erogatore** | **h. settimanali** | **contributo (mensile)** | **Tipologia d’intervento (PDS/FNA/altro)** |
| □ | Servizio assistenza Domiciliare – SAD (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □ | Assistenza Infermieristica Domiciliare – ADI (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □ | Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante) |  |  |  |  |
| □ | Sevizio di Aiuto alla Persona |  |  |  |  |
| □ | Assegno di Cura (FNA) |  |  |  |  |
| □ | Trasporto sociale (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □ | Buoni Servizio |  |  |  |  |
| □ | Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato/Servizio civile |  |  |  |  |
| □ | Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  |  |
| □ | Inserimento Lavorativo / Formativo |  |  |  |  |
| □ | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico |  |  |  |  |
| □ | Contributo per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012) |  |  |  |  |
| □ | prestazione servizio ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  |  |  |  |
| □ | beneficio economico ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  |  |  |  |
| □ | Contributo per il caregiver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  |  |  |  |
| □ | 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 |

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.

***O*** 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.

***O*** 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);*

*□ copia IBAN;*

***O*** 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 personal**i

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_