



Comune di Bellante



Città di Giulianova



Comune di Morro d'Oro



Comune di Mosciano Sant'Angelo



Comune di Roseto degli Abruzzi



Comune di Notaresco

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

Residente aVia/Piazza/C.dan°

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

CHIEDE

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):

Unione dei Comuni "TERRE DEL SOLE" - Via Galileo Galilei, 91 – 64021 Giulianova (TE)

Telefono: 085/8009240

PEC: unionecomuniterredelsole@pec.it

PEO: ragioneria@unionecomuniterredelsole.it



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

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 bilancio muscolare 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 $QI \leq 34$ 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)
<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"/> Servizio 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:				

**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 CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE	O UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI	O ATTIVITA' 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 159/2013) 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 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

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 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 _____