

Allegato B) alla Determinazione n. 921 Reg. Gen. del 22.06.2023

**MODULO RICHIESTA INTERVENTI
A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Annualità 2021

**Al Comune di Guardiagrele
ECAD dell'ADS 13 "Marrucino"
Piazza San Francesco, 12
66016 GUARDIAGRELE**

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/anato/aa ll...../...../.....

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

Tel..... E-mail

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

Familiare Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a ll...../...../...../

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

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

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

PER L'ANNO 2021

L'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

A TAL FINE DICHIARA:

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.

Composizione del Nucleo Familiare

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

(*): 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: _____

Nell'annualità di riferimento ha usufruito 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"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<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"/> 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 |

DICHIARA INOLTRE

- Di non usufruire dei seguenti benefici incompatibili: contributo previsto dalla L.R. n. 57/2012, l'assegno per persone affette da S.L.A, altre prestazioni economiche di carattere nazionale e regionale aventi le medesime finalità (es. il sostegno economico al care giver per l'assistenza a minori in età pediatrica affetti da malattie rare).
- Di usufruire del Contributo per Prestazione Prevalente del Progetto Inps Home Care Premium.
- Che vivono in modo permanente in strutture residenziali ex L.R. 20/2002 e l.r.20/2000 (es. residenze protette, RSA).

DICHIARA INFINE

- Che si impegna a comunicare all'Ufficio ECAD del Comune di Guardiagrele ogni eventuale variazione delle dichiarazioni rese.
- Di aver preso visione dell'Avviso e di accettarne tutti contenuti.

❖ Allega alla presente domanda:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) socio sanitario;
- 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 beneficiario.
- Nei casi di persona con disabilità gravissima, rappresentati da terzi : copia documento di identità in corso di validità del richiedente – Care giver, nonché copia del provvedimento emanato da parte del Giudice Tutelare o altra documentazione che legittimi il richiedente a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima.
- Certificazione di diagnosi definitiva di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).
- Certificazione di diagnosi definitiva di Morbo di Alzheimer.
- Per i casi di disabilità gravissima e affetti da SLA, già valutati dall'UVM nelle precedenti annualità, attestazione socio-sanitaria dello stato di non autosufficienza permanente e/o non soggetta a margini di miglioramento (rilasciata dal medico curante o altri organismi sanitari e socio-sanitari competenti).

Modalità di pagamento

BANCA: _____ Agenzia: _____

Conto Corrente n°: _____ intestato a: _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ intestato a: _____

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Comune di Guardiagrele tratterà i dati personali conferiti da cittadini e utenti dei servizi in parola con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona (che costituisce dunque la base giuridica del trattamento), in particolare per l'esecuzione dei

propri compiti di interesse pubblico previsti dalla suddetta normativa, o comunque connessi all'esercizio dei medesimi, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Data la natura dei servizi in questione, oltre a dati di tipo identificativo, per il conseguimento delle finalità evidenziate, in alcuni di essi saranno necessariamente oggetto di trattamento anche dati di tipo patrimoniale e, in alcuni casi anche categorie particolari di dati personali, di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento (definiti come dati sensibili e dati giudiziari nella previgente normativa europea). I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento, il cui elenco, con i relativi dati di contatto, è reso disponibile nel sito web del Comune. Al di fuori di queste ipotesi i dati potranno essere comunicati a terzi e diffusi, nei soli casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative e di autorizzare il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

FIRMA

La/il sottoscritta/o, in ultimo, dichiara quanto segue:

di essere a conoscenza che quanto dichiarato e la documentazione presentata a corredo dell'istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Luogo e data

FIRMA