



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

ALLEGATO B – SCHEMA DI DOMANDA

ECAD N.2 MARSICA

PLNA FONDO ANNO 2022 - INTERVENTI REGIONALI PER ASSEGNO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA E ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

IL BENEFICIARIO (*) – RICHIEDENTE DELL'INTERVENTO

COGNOME _____ NOME _____, Nato/a il _____
a _____ Codice Fiscale _____ e residente presso il
Comune di _____ in Via/Piazza _____
n. _____, n. telefonico _____ mail _____
Medico di medicina Generale: Dott./Dott.ssa _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA **NON** VIENE PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO, in qualità di:

Familiare; Tutore; Amministratore di Sostegno; Altro (Specificare _____)

COGNOME _____ NOME _____, Nato/a il _____
a _____ Codice Fiscale _____ e residente presso il
Comune di _____ in Via/Piazza _____
n. _____, n. telefonico _____ mail _____

***SI PRECISA DI SPECIFICARE LE GENERALITÀ DEL SOGGETTO INTERESSATO ALL'INTERVENTO**



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

CHIEDE

a) ASSEGNO A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA:

- ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA;
- ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA per le persone affette da SLA (sclerosi laterale amiotrofica);
- ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA per le persone in condizioni di disabilità 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;

b) ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (ASSEGNO DI CURA):

- ASSEGNO DI CURA;

A tal fine dichiara:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

| COGNOME E NOME | DATA DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA | SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*) | ISEE |
|----------------|-----------------|--------------------|------------------------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(*) **inserire il numero:** 1.Studente; 2.Lavoratore a tempo indeterminato; 3.Lavoratore/ a tempo determinato; 4.Pensionato/a sociale; 5.Pensionato/a; 6.Disoccupato;

Attuale situazione abitativa del richiedente dell'intervento:

da solo in famiglia in Comunità altro: _____

ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI

| TIPOLOGIA DEI SERVIZI | EROGATORE | ORE SETTIMANALI | CONTRIBUTO MENSILE |
|--|-----------|-----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare (SAD) | | | |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | | | |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP – Medico Curante) | | | |



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

| | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Servizi di Aiuto alla Persona | | | |
| <input type="checkbox"/> | Assistenza al Trasporto | | | |
| <input type="checkbox"/> | Telesoccorso – Teleassistenza | | | |
| <input type="checkbox"/> | Centro Diurno / Laboratorio | | | |
| <input type="checkbox"/> | Prestazioni di Carattere Residenziale e semiresidenziale | | | |
| <input type="checkbox"/> | Vita Indipendente (L.R. 57/2012) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Servizi Home Care Premium (HCP) | | | |
| <input type="checkbox"/> | Contributo Caregiver | | | |
| <input type="checkbox"/> | Inserimento Lavorativo / formativo | | | |
| <input type="checkbox"/> | Buoni servizio/fornitura del Fondo Famiglia | | | |
| <input type="checkbox"/> | Altro: (Specificare) _____ | | | |

ASSISTENZA SVOLTA DAI FAMILIARI E/O ALTRA FIGURA (ASSISTENTE/CAREGIVER)

AREA DEI BISOGNI

(barrare le diverse aree di cui il richiedente all'intervento NECESSITA di assistenza)

Area Autonomia Personale

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzarsi dal letto | <input type="checkbox"/> Coricarsi | <input type="checkbox"/> Mangiare, bere |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi le mani | <input type="checkbox"/> Uso del WC | <input type="checkbox"/> Igiene intima |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi il viso | <input type="checkbox"/> Lavarsi i capelli e pettinarsi | <input type="checkbox"/> Assistenza notturna |
| <input type="checkbox"/> Fare il bagno o doccia | <input type="checkbox"/> Vestirsi e spogliarsi | <input type="checkbox"/> Gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> Semplici interventi sanitari | <input type="checkbox"/> Gestione catetere | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |

Area Autonomia Domestica

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulire la casa | <input type="checkbox"/> Preparare i pasti | <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> Fare la spesa | |

Area Autonomia Socio - Lavorativa



UNIONE DEI COMUNI "MONTAGNA MARSICANA"

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 – AVEZZANO (AQ) – TELEFONO: 0863 22143 – P.IVA: 90058010662

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | <input type="checkbox"/> Guida del mezzo a disposizione |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo mezzi pubblici | <input type="checkbox"/> Partecipazione ad attività culturali |
| <input type="checkbox"/> Attività relativa al tempo libero | <input type="checkbox"/> Disbrigo pratiche burocratiche |
| <input type="checkbox"/> Assistenza sul posto di lavoro | <input type="checkbox"/> Assistenza scolastica o universitaria |
| <input type="checkbox"/> Attività di tempo libero | <input type="checkbox"/> Attività 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 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);
- 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.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1) Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità del richiedente all'intervento;
- 2) Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
- 3) Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
- 4) Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.

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 (*****NO LIBRETTO POSTALE*****)



UNIONE DEI COMUNI “MONTAGNA MARSICANA”

SEDE LEGALE: VIA MONTE VELINO, 61 – 67051 - AVEZZANO (AQ) - TELEFONO: 0863 22143 - P.IVA: 90058010662

- CODICE IBAN: _____;
- INTESTATO A: _____;
- CODICE FISCALE INTESTATARIO: _____;
- IN QUALITÀ DI (specificare): _____;

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 E LUOGO

FIRMA