**MODULO RICHIESTA INTERVENTI**

**A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2023**

**Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **n°** \_\_\_\_\_\_

**Cap** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**Il/la sottoscritto/a……………………………………………… nato/a a ………………………….... Prov. (……..)il…….……/…….……/……….…/,nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitariaresidente 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/a ……………………………………..............nato/a a …………………………. Il……/……/…….nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitariaResidente a …………………………………… (…….) Via/Piazza …………………………………….......................Tel.………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………….Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|**🞎 Familiare 🞎 Tutore, 🞎 Amministratore di sostegno, 🞎 Altro (specificare)**……………………………..Del Sig./Sig.ra……………………………………….......... nato/a ………………………………. Il……/……/…….nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitariaResidente a ……………………………………………… (…….) Via/Piazza/C.da .…………………………………Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Recapito telefonico ………………………………………………………………………………………………………..Medico di medicina Generale: ……………………………………………….. Tel.: …………………………………. |

Vista la Determinazione Dirigenziale n. del con cui si approva l’Avviso di cui all’oggetto:

|  |
| --- |
| **CHIEDE**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |
| **Tipologia Servizi** | **Erogatore** | **h. settimanali** | **Contributo** **(mensile)** |
|  |  |  |  |
| **□** | Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  |
| **□** | Assistenza Infermieristica Domiciliare |  |  |  |
| **□** | Assistenza Programmata Domiciliare(ADP-Medico Curante) |  |  |  |
| **□** | Servizio di Aiuto alla Persona |  |  |  |
| **□** | P.L.N.A. (specificare):  |  |  |  |
| **□** | Assegno di Cura (FNA) |  |  |  |
| **□** | Trasporto sociale  |  |  |  |
| **□** | 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 care-giver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  |  |  |
| **□** | Altro:  |  |  |  |
| **□** | Altro:  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **AREE DEI BISOGNI** |
|  |
| **AREA AUTONOMIA PERSONALE** |
| * ALZARSI DAL LETTO
* LAVARSI LE MANI
* FARE IL BAGNO O DOCCIA
* SEMPLICI INTERVENTI SANITARI
* CORICARSI
 | * USO DEL WC
* LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI
* VESTIRSI O SPOGLIARSI
* GESTIONE CATETERE
* MANGIARE, BERE
 | * LAVARSI IL VISO
* IGIENE INTIMA
* ASSISTENZA NOTTURNA
* GESTIONE DEGLI AUSILI
* ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **AREA AUTONOMIA DOMESTICA** |
| * PULIRE LA CASA
* GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI
 | * PREPARARE I PASTI
* ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * FARE LA SPESA
 |
| **AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA** |
| * SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL’ABITAZIONE
* UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI
* ATTIVITA’ RELATIVA AL TEMPO LIBERO
* ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO
* ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO
* VIAGGI
 | * GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE
* PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ CULTURALI
* DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE
* ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA
* ATTIVITA’ CULTURALI
* ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA
 |

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

Il/la sottoscritto/a 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 controllo previsti dalla Legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all’ASL e lla 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 U.E. GDPR 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’Ufficio sociale del Comune di residenza 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**:* Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell’art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità o ISEE minorenni;
* Certificazione di invalidità con diritto all’indennità di accompagnamento (L508/88);
* Certificazione ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
* Altre certificazioni attestanti lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima - art. 3 del DM 26 settembre 2016 nelle lettere da a) ad i)
* Copia di un documento di identità, in corso di validità, del beneficiario:
* Nel caso di persona con disabilità rappresentata da terzi: copia di un documento di identità in corso di validità del rappresentante/caregiver e del rappresentato;
* Titolo di soggiorno, se cittadino straniero
* Copia IBAN del C/C Bancario e C/C Postale intestato al beneficiario o cointestato
* 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 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**DATI IBAN C/C BANCARIO o C/C POSTALE ( No libretto Postale)****BANCA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codice Fiscale intestatario conto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****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 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 endo- procedimentali 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 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 U.E.GDPR 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. Il Titolare del trattamento dei dati personali, di cui alla presente informativa è l’avv. Sandro Di Minco mail dpo@comune.silvi.te.it.

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