

ECAD N° 09 ADS VAL DI FORO

DSB di riferimento Francavilla al Mare

Al Comune di _____

Via _____, n° _____

Cap	Comune
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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

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.:**

Riconosciuto persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92) in data

Medico di medicina Generale: **Tel.:**

CHIEDE

☐ PER L'ANNO 2019☐ PER L'ANNO 2020

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 (*)	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: _____

Nell'annualità di riferimento ha usufruito dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	contributo (mensile)
☐ Servizio Assistenza Domiciliare - SAD			
☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐ Servizio di Aiuto alla Persona			
☐ Trasporto			
☐ Buoni Servizio			
☐ Centro Diurno / Laboratorio			
☐ Inserimento Lavorativo / Formativo			
☐ Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
☐ Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ALZARSI DAL LETTO | ☐ USO DEL WC | ☐ LAVARSI IL VISO |
| ☐ LAVARSI LE MANI | ☐ LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | ☐ IGIENE INTIMA |
| ☐ FARE IL BAGNO O DOCCIA | ☐ VESTIRSI O SPOGLIARSI | ☐ ASSISTENZA NOTTURNA |
| ☐ SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | ☐ GESTIONE CATETERE | ☐ GESTIONE DEGLI AUSILI |
| ☐ CORICARSI | ☐ MANGIARE, BERE | ☐ ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ PULIRE LA CASA | ☐ PREPARARE I PASTI | ☐ FARE LA SPESA |
| ☐ GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | ☐ ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| ☐ SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | ☐ GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| ☐ UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | ☐ PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| ☐ ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | ☐ DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| ☐ ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | ☐ ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| ☐ ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | ☐ ATTIVITA' CULTURALI |
| ☐ VIAGGI | ☐ ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 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 comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi agli Uffici del Comune di residenza:

- ❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune l'eventuale ricovero del diretto interessato.
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
 - ☐ Indicatore della Situazione Economica Equivalente Socio-sanitario (ISEE) dell'interessato in corso di validità;
 - ☐ 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 richiedente e del beneficiario;
 - ☐ **per gli utenti beneficiari della precedente annualità del FNNA e già valutati dall'UVM: 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).
- ❖ **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.

Modalità di pagamento

BANCA: _____ **Agenzia:** _____

Conto Corrente n°: _____ **intestato a:** _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ **intestato a:** _____

Codice IBAN: _____

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.

Data _____

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 D. Lgs 196/2003, 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 comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

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 _____