



Dipartimento Lavoro - Sociale Servizio Tutela Sociale -  
Famiglia

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)



**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON 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: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

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

Del Sig./Sig.ra..... nato/a a .....Il...../...../...../

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

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**

- L'ACCESSO ALL'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, COSI' COME STABILITO NELL'AVVISO DI AMBITO**

**Dipartimento Lavoro - Sociale Servizio Tutela Sociale -  
Famiglia**

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)



**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/asociale; 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 - MedicoCurante)                                    |           |                |                      |  |
| <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 |           |                |                      |  |

## Dipartimento Lavoro - Sociale Servizio Tutela Sociale - Famiglia

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)



|                          |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|
| <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:   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Altro:   |  |  |  |  |

### AREA 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 UNIVERSITARI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO                     | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                  |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI  | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA           |



## Dipartimento Lavoro - Sociale Servizio Tutela Sociale - Famiglia

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)



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 procedurali 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).

### ◆ **Allega alla presente domanda:**

- *Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità con un limite ISEE socio-sanitario per l'accesso alle prestazioni fino ad €. 50.000,00 e ad €. 65.000,00 in caso di beneficiari minori;*
- *Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;*
- *Verbale INPS di accertamento dell'handicap (L. 104)*
- *Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del disabile e/o del richiedente o di chi ne fa le veci*
- *copia del provvedimento emanato da parte del Giudice Tutelare o altra documentazione che legittimi il richiedente a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;*

◆ 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 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 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.

**Dipartimento Lavoro - Sociale Servizio Tutela Sociale  
- Famiglia**

(Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)



**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 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 procedurali 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 \_

\_\_\_\_\_