

CHIEDE

A INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):

- A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- A. 2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIOASSISTENZIALE
- A. 3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE
- A. 4 TELESOCCORSO - TELEASSISTENZA
- A.5 TRASPORTO
- A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO
- A.7 PRESTAZIONI DI CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE DI SOSTEGNO AL CARE-GIVER
- A.8 ASSEGNO DI CURA

B INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (per gli assegni è possibile barrare una sola opzione):

B1 ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA

B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)

B.1.2. 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.3. A.D.S.A. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA

A TAL FINE DICHIARA

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)
<input type="checkbox"/>	Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/>	Sevizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/>	P.L.N.A. (specificare): _____			
<input type="checkbox"/>	Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/>	Trasporto			
<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/>	Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<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"/>	Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/>	Contributo per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
<input type="checkbox"/>	Contributo Dopo di Noi			
<input type="checkbox"/>	Servizi assistenza domiciliare Dopo di Noi			
<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 care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
<input type="checkbox"/>	Altro (es. Contributo caregiver familiare)			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/caregiver):

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 NOTTURNA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA |

- 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 MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI PARTECIPAZIONE ATTIVITÀ CULTURALI
- ATTIVITÀ RELATIVA AL TEMPO LIBERO DISBRIGO PRATICHE BUROCRATICHE
- ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA
- ATTIVITÀ DI TEMPO LIBERO ATTIVITÀ CULTURALI
- VIAGGI 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- etc).

Allega alla presente domanda

Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013), in corso di validità;

Certificazione ai sensi dell'art. 3, c.3, Legge 104/92;

Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;

Fotocopia di un documento di identità del richiedente, in corso di validità;

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 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

BANCA: _____

AGENZIA:

Conto Corrente n. _____ **intestato a** _____

Codice IBAN _____

Conto PostePay 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.

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 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 / ____ / ____ / ____ /

Firma _____