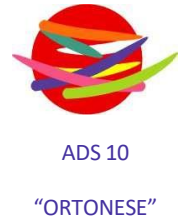




COMUNE di
ORTONA

Ambito Distrettuale Sociale
n. 10 "Ortonese"



ADS 10
"ORTONESE"

MODULO RICHIESTA INTERVENTI

A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Annualità 2024

*All'ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE "ORTONESE"
COMUNE DI ORTONA UFFICIO DI PIANO - ECAD N. 10
Corso Garibaldi, 1
Cap 66026 Comune di Ortona*

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 aProv.(.....)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
.....

(* Allegare copia verbale

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/anato/a a
Il...../...../..... nazionalità: italiana unione europea extracomunitaria

Residente aProv.(.....) Via/Piazzan.....

Telefono..... E-mail.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Familiare Tutore Amministratore di sostegno

Altro (specificare).....

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

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado parentela	di	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"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> P.L.N.A. (specificare):			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura (FNA)			
<input type="checkbox"/> Trasporto sociale			

<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			
<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 care-giver 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:			

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 | <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 OSPIT | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE

- UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI
- ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO
- ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO
- ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO
- VIAGGI

- 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 controlli 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
- ❖ Altra documentazione, specificare _____
- ❖ 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 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

Modalità di pagamento

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.

Data ____ / ____ / ____

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.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____