



UNIONE DEI COMUNI MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

MODELLO DI DOMANDA (ALLEGATO B) - PLNA FONDO ANNO 2023- INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSEGNO DI CURA PER LA DISABILITÀ GRAVISSIMA E LA NON AUTOSUFFICIENZA

(si prega di scrivere in modo leggibile e in stampatello)

IL BENEFICIARIO (*) – RICHIEDENTE DELL'INTERVENTO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____ LUOGO DI NASCITA: _____

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA _____ (____)

TELEFONO: _____ MAIL: _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DOTT./DOTT.SSA _____

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON VIENE PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO IN QUALITÀ DI:

☐ Familiare; ☐ Tutore; ☐ Amministratore di Sostegno; ☐ Altro(Specificare _____)

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____ LUOGO DI NASCITA: _____

COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA _____ (____)

TELEFONO: _____ MAIL: _____

***SI PRECISA DI SPECIFICARE LE GENERALITÀ DEL SOGGETTO INTERESSATO ALL'INTERVENTO**



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143

**ADS N.2 MARSICA**
SERVIZI SOCIALI**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*)	VALORE ISEE

(*) **inserire il numero:** 1. Studente; 2. Lavoratore a tempo indeterminato; 3. Lavoratore/ a tempo determinato; 4. Pensionato/a sociale; 5. Pensionato/a; 6. Disoccupato.

ATTUALE SITUAZIONE ABITATIVA DEL RICHIEDENTE DELL'INTERVENTO:

☐ Da solo ☐ In famiglia ☐ In Comunità ☐ Altro (Specificare _____)

ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI

TIPOLOGIA DEI SERVIZI		EROGATORE	ORE SETTIMANALI	CONTRIBUTO MENSILE
☐	Assistenza Domiciliare (SAD)			
☐	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)			
☐	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP – Medico Curante)			
☐	Servizi di Aiuto alla Persona			
☐	Assistenza al Trasporto			
☐	Telesoccorso – Teleassistenza			
☐	Centro Diurno / Laboratorio			
☐	Prestazioni di Carattere Residenziale e semiresidenziale			
☐	Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
☐	Servizi Home Care Premium (HCP)			
☐	Contributo Caregiver			

**Indirizzo:** Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051**C.F. e P.I.:** 90058010662**PEC:** montagnamarsicana@pec.it**PEO:** ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it**Telefono:** 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA SERVIZI SOCIALI

☐	Inserimento Lavorativo / formativo			
☐	Buoni servizio/fornitura del Fondo Famiglia			
☐	Altro: (Specificare)			

ASSISTENZA SVOLTA DAI FAMILIARI E/O ALTRA FIGURA (ASSISTENTE/CAREGIVER)

AREA DEI BISOGNI

(barrare le diverse aree di cui il richiedente all'intervento NECESSITA di assistenza)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Alzarsi dal letto | ☐ Coricarsi | ☐ Mangiare, bere |
| ☐ Lavarsi le mani | ☐ Uso del WC | ☐ Igiene intima |
| ☐ Lavarsi il viso | ☐ Lavarsi i capelli /pettinarsi | ☐ Assistenza notturna |
| ☐ Fare il bagno o doccia | ☐ Vestirsi e spogliarsi | ☐ Gestione degli ausili |
| ☐ Semplici interventi sanitari | ☐ Gestione catetere | ☐ Altro: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| ☐ Gestire la presenza di ospiti | ☐ Preparare i pasti | ☐ Altro |
| ☐ Pulire la casa | ☐ Fare la spesa | |

AUTONOMIA SOCIO LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| ☐ Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | ☐ Disbrigo pratiche burocratiche |
| ☐ Guida del mezzo a disposizione | ☐ Assistenza scolastica o universitaria |
| ☐ Partecipazione ad attività culturali | ☐ Attività culturali |



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA SERVIZI SOCIALI

- | | |
|--|---|
| ☐ Accompagnamento fuori casa | ☐ Assistenza sul posto di lavoro |
| ☐ Utilizzo mezzi pubblici | ☐ Attività di tempo libero |
| ☐ Attività relativa al tempo libero | ☐ Viaggi |

- ☒ **Si impegna** a comunicare all'ADS 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);
- ☒ **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.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. **Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità del richiedente all'intervento;**
2. **Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;**
3. **Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;**
4. **Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.**

DATA E LUOGO _____

FIRMA



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143

**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.

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.

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.

FIRMA

