

ALLEGATO A ALL'AVVISO

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

Annualità 2023 del fondo

Al Comune di _____

All'ADS n. 12 Sangro-Aventino

ECAD Unione Montana dei Comuni del Sangro

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 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/a nato/a a Il...../...../.....

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

Tel..... E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ Familiare ☐ Tutore, ☐ Amministratore di sostegno, ☐ Altro (specificare).....

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

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

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

_____ **ALLEGARE COPIA VERBALE**

C H I E D E

- ☐ 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 e luogo 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: _____

Nell'annualità di riferimento (2024-2025) 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			
☐ Benefici ai sensi dell'HCP			
☐ 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 |

- ❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale dell'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda:
 - ☐ ISEE socio sanitario o minorenni se l'interessato opta per tale scelta, in corso di validità;
 - ☐ Documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
 - ☐ Se ricorre: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
 - ☐ Copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento, in corso di validità con diagnosi senza gli omissis per vecchi e nuovi richiedenti;
 - ☐ Copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità con diagnosi senza gli omissis per vecchi e nuovi richiedenti;
 - ☐ Se ricorre: certificazione di diagnosi definitiva di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) solo per i nuovi richiedenti;
 - ☐ Se ricorre: certificazione di diagnosi definitiva di morbo di alzheimer solo per i nuovi richiedenti;
 - ☐ Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione;
 - ☐ Copia IBAN del C/C bancario o postale (no libretto postale) intestato al beneficiario o cointestato;
 - ☐ Titolo di soggiorno se cittadino straniero;
 - ☐ (se ricorre) Per i casi di disabilità gravissima, già valutati dall'UVM nelle annualità precedenti: 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;
 - ☐ Modello privacy
- ❖ 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:** _____

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro e con la coerente normativa nazionale vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi alla persona, con particolare riferimento all'organizzazione del Progetto **a cui si riferisce l'Avviso pubblico**.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne.

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno, contattando direttamente l'Unione Montana dei Comuni del Sangro all'indirizzo pec di seguito indicato: unionemontanadeicomunidelsangro@legpec.it.

Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento dei dati.

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative e di autorizzare il trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

FIRMA _____

La/il sottoscritta/o, infine, dichiara quanto segue:

- di impegnarsi a comunicare all'Unione Montana dei Comuni del Sangro – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento atto a modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che quanto dichiarato e la documentazione presentata a corredo dell'istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Luogo e data _____

FIRMA _____