

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

ECAD N° 15- PESCARA

Servizio competente: Politiche Sociali- Famiglie e Disabilità

Distretto Sanitario di Base: _____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

ALL'ENTE DI AMBITO DISTRETTUALE

N° 15- PESCARA

UFFICIO DI PIANO ECAD N. 15

PIAZZA ITALIA N. 1

Comune PESCARA

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: Persona disabile 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 a Il...../...../...../

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

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

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

A - INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (barrare richieste):

- ☐ A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- ☐ A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE
- ☐ A.5 TRASPORTO
- ☐ A.8.1 ASSEGNO DI CURA

**B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una sola richiesta):
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 DISABILITA' GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER IN TALE CONDIZIONE
- ☐ B.2. A.D.I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA S.L.A. E DISABILITA' GRAVISSIMA
- ☐ B.3. A.D.S.A. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITA' GRAVISSIMA

A TAL FINE DICHIARA:

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale (*)	ISEE

(*): 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)
☐ Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare			
☐ Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
☐ Servizio di Aiuto alla Persona			
☐ P.L.N.A.			
☐ Assegno di Cura e Assistenza			
☐ Trasporto			
☐ Buoni Servizio			
☐ Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
☐ Centro Diurno / Laboratorio			
☐ Inserimento Lavorativo / Formativo			
☐ Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
☐ Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
☐ prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐ beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP)			
☐ Altro:			

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)

AREE DEI BISOGNI (BARRARE I 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 |

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. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE 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 di 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 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 (anno 2023);
 - ☐ Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92 (no OMISSIS)
 - ☐ Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento (no OMISSIS);
 - ☐ Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
 - ☐ Eventuale legge 104 e/o certificato di invalidità civile di altri componenti il nucleo familiare;
 - ☐ Eventuale nomina di amministratore di sostegno o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona disabile.
- ❖ 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 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 445/2000 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 Rg. 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 alla 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. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE 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 di 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 _____