



Area "Città Vitale"
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Gestione Politiche Sociali

AI COMUNE DI PESCARA
Settore Politiche per il Cittadino
Servizio Gestione Politiche Sociali

MODULO RICHIESTA FONDI NAZIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2024

Il/la sottoscritto/anato/a a ll...../...../.....
Residente a (.....) Via/Piazza
Tel..... E-mail
Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 Familiare:, Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....
Del Sig./Sig.ra..... nato/a a ll...../...../...../
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):

- SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE E ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- TRASPORTO
- PRESTAZIONI A CARATTERE SEMIRESIDENZIALE DI SUPPORTO AL CAREGIVER
- ASSEGNO DI CURA

B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 COMMA 2 DEL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 26/09/2016

- ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA INCLUSE LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA) E IN STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER

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 (DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE):

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"/> Assegno di cura FNNA			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura – Fondo caregiver			
<input type="checkbox"/> Trasporto Sociale			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Semiresidenziale in regime convenzionato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Assistenza Scolastica			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<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"/> Altro:			
<input type="checkbox"/> Nessun servizio			

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 / minorenni, in corso di validità (anno 2024);
 - 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.
- ❖ 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 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 _____