



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



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
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare (SAD)			
<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizi di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Assistenza al Trasporto			
<input type="checkbox"/> Telesoccorso - Teleassistenza			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Prestazioni di Carattere Residenziale e semiresidenziale			
<input type="checkbox"/> Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
<input type="checkbox"/> Servizi Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/> Contributo Caregiver			





<input type="checkbox"/>	Inserimento Lavorativo / formativo			
<input type="checkbox"/>	Buoni servizio/fornitura del Fondo Famiglia			
<input type="checkbox"/>	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)

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

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> Preparare i pasti | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Pulire la casa | <input type="checkbox"/> Fare la spesa | |

AUTONOMIA SOCIO LAVORATIVA

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | <input type="checkbox"/> Disbrigo pratiche burocratiche |
| <input type="checkbox"/> Guida del mezzo a disposizione | <input type="checkbox"/> Assistenza scolastica o universitaria |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione ad attività culturali | <input type="checkbox"/> Attività culturali |





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



UNIONE DEI COMUNI
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA
SERVIZI SOCIALI

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 445/200 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; 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



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