**MODULO RICHIESTA INTERVENTI**

**A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2022**

**Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **n°** \_\_\_\_\_\_

**Cap** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **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.: ……………………… |

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**  Il/la sottoscritto/a ……………………………………..............nato/a a …………………………. Il……/……/…….  nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitaria  Residente a …………………………………… (…….) Via/Piazza …………………………………….......................  Tel.………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………….  Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  **🞎 Familiare 🞎 Tutore, 🞎 Amministratore di sostegno, 🞎 Altro (specificare)**……………………………..  Del Sig./Sig.ra……………………………………….......... nato/a ………………………………. Il……/……/…….  nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitaria  Residente a ……………………………………………… (…….) Via/Piazza/C.da .…………………………………  Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  Recapito telefonico ………………………………………………………………………………………………………..  Medico di medicina Generale: ……………………………………………….. Tel.: …………………………………. |

Vista la Determinazione Dirigenziale n. del con cui si approva l’Avviso di cui all’oggetto:

|  |
| --- |
| **CHIEDE**  L’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 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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. (specificare): |  |  |  | | **□** | Assegno di Cura (FNA) |  |  |  | | **□** | Trasporto sociale |  |  |  | | **□** | Buoni Servizio |  |  |  | | **□** | Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato/Servizio Civile |  |  |  | | **□** | Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  | | **□** | Inserimento Lavorativo / Formativo |  |  |  | | **□** | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico |  |  |  | | **□** | Contributo per la Vita Indipendente (L.R.57/2012) |  |  |  | | **□** | Prestazione servizio ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  |  |  | | **□** | Beneficio economico ai sensi dell’Home Care Premium (HCP) |  |  |  | | **□** | Contributo per il care-giver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  |  |  | | **□** | Altro: |  |  |  | | **□** | Altro: |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREE DEI BISOGNI** | | | |
|  | | | |
| **AREA AUTONOMIA PERSONALE** | | | |
| * ALZARSI DAL LETTO * LAVARSI LE MANI * FARE IL BAGNO O DOCCIA * SEMPLICI INTERVENTI SANITARI * CORICARSI | * USO DEL WC * LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI * VESTIRSI O SPOGLIARSI * GESTIONE CATETERE * MANGIARE, BERE | | * LAVARSI IL VISO * IGIENE INTIMA * ASSISTENZA NOTTURNA * GESTIONE DEGLI AUSILI * ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **AREA AUTONOMIA DOMESTICA** | | | |
| * PULIRE LA CASA * GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | * PREPARARE I PASTI * ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | * FARE LA SPESA |
| **AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA** | | | |
| * SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL’ABITAZIONE * UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI * ATTIVITA’ RELATIVA AL TEMPO LIBERO * ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO * ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO * VIAGGI | | * GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE * PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ CULTURALI * DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE * ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA * ATTIVITA’ CULTURALI * ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a 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 controllo previsti dalla Legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all’ASL e lla 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 U.E. GDPR 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.

|  |
| --- |
| * Si impegna a comunicare all’Ufficio sociale del Comune di residenza 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). * **Allega alla presente domanda**:   + Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell’art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità;   + Certificazione di invalidità con diritto all’indennità di accompagnamento (L508/88);   + Certificazione ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;   + Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente * 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 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  **Modalità di pagamento**  **BANCA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Codice Fiscale intestatario conto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **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 445/200 in caso 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 endo- procedimentali 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 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 U.E.GDPR 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. Il Titolare del trattamento dei dati personali, di cui alla presente informativa è l’avv. Sandro Di Minco mail [dpo@comune.silvi.te.it](mailto:dpo@comune.silvi.te.it).

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_