

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

**All'Unione dei Comuni Colline del Medio Vomano  
Via Giuseppe Garibaldi,n° 1  
Cap. 64037 - CERMIGNANO**

**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/aa ..... 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.: .....

**C H I E D E**

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: \_\_\_\_\_

**Nell'annualità di riferimento ha usufruito dei seguenti servizi:**

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD		
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare		
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona		
<input type="checkbox"/> Trasporto		
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio		
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio		
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo		
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico		
<input type="checkbox"/> Altro:		

**Assistenza svolta dai familiari e/oaltra figura (assistente/care giver)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AREE DEI BISOGNI**

**AREA AUTONOMIA PERSONALE**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO            | <input type="checkbox"/> USO DEL WC                     | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO       |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI              | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA         |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA       | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI          | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA   |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE              | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI                    | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE                 | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____          |

**AREA AUTONOMIA DOMESTICA**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA                | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____      |  |

**AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL' ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE        |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI        | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI    |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO             | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE     |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO                 | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO                      | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                   |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI   | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA            |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, 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 comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Comune di residenza:

- ❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune di residenza l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
  - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) o DSU;
  - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
  - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
  - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
  - Fotocopia della Tessera sanitaria
  - Eventuale 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) per cui non si rende necessaria una ulteriore valutazione da parte dell'UVM
- ❖ 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 la medesima 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:** \_\_\_\_\_

### 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 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 D. Lgs 196/2003, 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 comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del predetto D.Lgs. 196/2003, oltre che ad altri Enti Pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il sottoscritto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

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 \_\_\_\_\_