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.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE
- A.4 TELESOCORSO - TELEASSISTENZA
- A.5 TRASPORTO
- A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO
- A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTA PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE
- A.8.1 ASSEGNO DI CURA
- A.8.2 ASSEGNO DI VITA AUTONOMA

**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

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

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)

Giunta Regionale d'Abruzzo

AREE DEI 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 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 dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ Allega alla presente domanda:
 - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
 - 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.
- ❖ 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 la medesima 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 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 _____