**Ambito Distrettuale Sociale n.14**

**“Alto Vastese”**

 (Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024)

**Annualità 2022**

**ALLEGATO: MODELLO DI DOMANDA ASSEGNO DI CURA**

***All’ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE “ALTO VASTESE”
COMUNE DI MONTEODORISIO - UFFICIO DI PIANO ECAD N. 14***

**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.: ……………………………………………….

**(\*)** Riconosciuto: Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data ………………….............................................

**(\*)** Allegare copia verbale

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON 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: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 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 ………………………… Mail …………………………………………………………………………………………….

Medico di medicina Generale: ……………………………………………….. Tel.: …………………………………

**(\*)** Riconosciuto: Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data ………………….............................................

**(\*)** Allegare copia verbale

**C H I E D E**

***INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO* PER L’ACQUISTO DI PRESTAZIONE DI SOLLIEVO FAMILIARE IN AMBITO DOMICILIARE (ART. 164 L. 234/2021) -**

□ A.1 ASSEGNO DI CURA PER LA DISABILITÀ GRAVISSIMA

Da utilizzare per (è possibile indicare una sola opzione):

□ riconoscimento del lavoro di cura del caregiver familiare individuato nella persona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, laddove risulti inserito nel Progetto Assistenziale Individualizzato e coinvolto attivamente nei piani di assistenza e in grado di svolgere le funzioni di assistenza alla persona non autosufficiente.

□ un assistente familiare individuato nella persona di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con l’impegno, da parte del sottoscrittore, di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall’UVM, ricoveri, e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato) e di inoltrare all’ECAD mensilmente copia della documentazione attestante le spese sostenute e per le quali si richiede l’assegno;

**A t a l f i n e d i c h i a r a:**

**C o m p o s i z i o n e d e l N u c l e o F a m i l i a r e**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Data e luogo di nascita** | **Grado di parentela** | **Situazione occupazionale (\*)** | **ISEE** |
|  |  | RICHIEDENTE |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(\*)** 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: ……………………………………

**A t t u a l m e n t e u s u f r u i s c e d e i s e g u e n t i s e r v i z i**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia Servizi** | **Erogatore** | **h. settimanali** | **contributo (mensile)** | **Tipologia d’intervento (PDS/FNA/altro)** |
| □  | Servizio assistenza Domiciliare – SAD (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □  | Assistenza Domiciliare Integrata – ADI (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □  | Assistenza Programmata Domiciliare (ADP - Medico Curante) |  |  |  |  |
| □  | Sevizio di Aiuto alla Persona |  |  |  |  |
| □  | Assegno di Cura (FNA) |  |  |  |  |
| □  | Trasporto sociale (PDS/FNA) |  |  |  |  |
| □  | 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 caregiver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  |  |  |  |
| □ | Altro: |  |  |  |  |

**A R E A D E I B I S O G** N I

**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 SPOGLIARS □ 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’ CULTURAL

□ ATTIVITA’ RELATIVA AL TEMPO LIBERO □ DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE

□ ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO □ ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARI

□ ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO □ ATTIVITA’ CULTURALI

□ VIAGGI □ ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA

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. 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.

****** 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 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 al 100% e indennità di accompagnamento;*

□ *Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.*

□ *Altra certificazione attestante lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima (art. 3, co 2 D.M. 26 settembre 2016);*

******  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 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..

**M o d a l i t à d i p a g a m e n t o**

BANCA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conto Corrente n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personal**i

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 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.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_