

All'Ufficio di Piano ADS 14
ECAD Comune di MONTEODORISIO
Via V. Emanuele III, n° 1
Cap 66050

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 <u>NON</u> 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.:

C_C816 - - 1 - 2026-09-17 - 0001912

Vista la Determinazione del Resp. Area Amm.va e Sociale n. 227 del 16/09/2026 con cui si approva l'Avviso di cui all'oggetto:

C H I E D E

LA SEGUENTE TIPOLOGIA DI ASSEGNO DI CURA 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 (barrare solo una opzione, pena l'esclusione)

- ☐ a) **Assegno di cura per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale contributo economico finalizzato a compensare le spese per personale qualificato, scelto dall'interessato o dalla famiglia attraverso un regolare rapporto di lavoro. L'importo del contributo è compreso tra 600,00 e 850,00 euro mensili ed è soggetto a rendicontazione della spesa.**
- ☐ b) **Assegno di cura a sostegno del caregiver familiare, come individuato all'art. 1, co.255 della legge 205/2017*, quale contributo economico finalizzato a sostenere il lavoro di cura assicurato dal caregiver familiare. Ha un importo che va da un minimo di 150,00 euro ad un massimo di 400,00 euro mensili e non è soggetto a rendicontazione. Il caregiver familiare, deve essere inserito nel Progetto Assistenziale Individualizzato e coinvolto attivamente nell'attuazione dei piani di assistenza, rientrante, quindi, nei servizi offerti alla persona. Il caregiver familiare deve essere in grado di assistere la persona non autosufficiente, tale condizione deve essere rilevata dalla UVM di competenza, all'interno del verbale di valutazione.**

**Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 761, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 33, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18".*

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 (*)
			RICHIEDENTE

INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA- DISABILITA' GRAVISSIME

(*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato; Altro: _____

Attuale situazione abitativa della persona in situazione di non autosufficienza

☐ 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:			

INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA- DISABILITA' GRAVISSIME

☐	Altro:			
--------------------------	--------	--	--	--

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, 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 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 di Piano l'eventuale ricovero del diretto interessato o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA- DISABILITA' GRAVISSIME

- € 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 o ISEE minorenni;
 - € Certificazione di invalidità con diritto all'indennità di accompagnamento (L508/88);
 - € Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
 - € Altre certificazioni attestanti lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima - art. 3 del DM 26 settembre 2016 nelle lettere da a) ad i)
 - € Copia di un documento di identità, in corso di validità, del beneficiario;
 - € Nel caso di persona con disabilità rappresentata da terzi: copia di un documento di identità in corso di validità del rappresentante/caregiver e del rappresentato;
 - € Titolo di soggiorno, se cittadino straniero
 - € Copia IBAN del C/C Bancario e C/C Postale intestato al beneficiario o cointestato
- € 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 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 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs

DATI IBAN C/C BANCARIO o C/C POSTALE (No libretto Postale)

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 il dott. Pietro Collevocchio.

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 _____