

Al Comune di _____
Alla Cortese Attenzione
del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12
"Sangro Aventino"
Alla Cortese Attenzione
Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME - Piano Locale per la Non Autosufficienza – Annualità 2019.

DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____
Prov. _____ il _____,
Nazionalità :
<input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> unione europea <input type="checkbox"/> extracomunitaria
Residente a _____ Prov. _____
Via / Piazza _____ n° _____
Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
Medico di Medicina Generale _____
Tel _____ ;
Riconosciuto:
– Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento (legge 11 febbraio 1980, n. 18) in data _____ ;
– Persona portatrice di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92) in data _____ ;

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____
Prov. _____ il _____,
Nazionalità :
 italiana unione europea extracomunitaria
Residente a _____ Prov. _____
Via / Piazza _____ n° _____
Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
In qualità di :
 Familiare Tutore Amministratore di sostegno Altro _____
Del/la Signor/ra: _____
Nato/a _____ Provincia _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
Via / Piazza _____ n° _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____
Medico di Medicina Generale _____
Tel _____ ;
Riconosciuto:
– Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento (legge 11 febbraio 1980, n. 18) in data _____ ;
– Persona portatrice di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 L. 104/92) in data _____ ;

CHIEDE

Di poter beneficiare dell'Assegno di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, previsto a sostegno delle persone affette da S.L.A. o con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di alzheimer o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

A TAL FINE

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.

DICHIARA CHE

a) il nucleo familiare del soggetto candidato al progetto è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*)

(*) Situazione Occupazionale: Studente, Lavoratore/trice a tempo indeterminato, Lavoratore/trice a tempo determinato, Pensionato/a, Disoccupato.

b) la situazione abitativa del candidato al progetto è la seguente:

vive da solo vive in famiglia altro _____

c) attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

TIPOLOGIA DEI SERVIZI FRUITI	SOGGETTO EROGATORE (*)	H SETTIMANALI FRUITE	ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE FRUITO
<input type="checkbox"/> Servizio Assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Assistenza Programmata Domiciliare (ADP Medico Curante)			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura			
<input type="checkbox"/> Trasposto			

<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Servizio di volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno			
<input type="checkbox"/> Progetto di inserimento lavorativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scollastico e/o Socio Educativo Scolastico e /o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA			
<input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
<input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente Sperimentale			
<input type="checkbox"/> Prestazioni Prevalenti Home Care Premium			
<input type="checkbox"/> Prestazioni Integrative Home Care Premium			
<input type="checkbox"/> Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
<input type="checkbox"/> Assistenza Svolta dai familiari			
<input type="checkbox"/> Assistenza Svolta da assistente/care-giver			
<input type="checkbox"/> Altro:			

(*) Soggetto Erogatore: Comune, Ambito Distrettuale Sociale, ASL, Inps, Soggetto Privato, Altro.

Il/la sottoscritto/a è stato 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 agli Uffici del Comune di residenza e all'ECAD.

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

Allega alla presente domanda:

- documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
- nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l'istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
- copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento, in corso di validità;
- copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- autocertificazione stato di famiglia;
- certificazione ISEE socio-sanitario (a norma del regolamento unico di accesso ai servizi di Ambito) in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 26/02/2021;
- Allegato 1;
- (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
- (se ricorre) per gli utenti già valutati dall'UVM nelle annualità precedenti: 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;
- modulo privacy.

Firma

Il /la sottoscritto/a _____ 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.,

DICHIARA

che il candidato al progetto, presenta le seguenti caratteristiche familiari, sociali, ambientali ed economiche di rilevanza ai fini dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico per l'accesso agli assegni di disabilità gravissima:

DESCRIZIONE		Indicare con una x la situazione che ricorre	Da compilare A cura Dell'ECAD
Composizione nucleo familiare	Vive da solo		
	Nucleo di due persone		
	Nucleo di tre persone		
	Nucleo di quattro persone		
	Nucleo di cinque persone		
	Nucleo di sei persone e oltre		
Situazione familiare del Disabile	Presenza nel nucleo familiare contemporaneamente di altri soggetti disabili, di anziani e minori		
	Presenza di altre persone disabili		
	Presenza di parenti anziani o minori		
	Assenza di altre persone disabili, anziane, minori		
Condizioni socio-ambientali	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito		
	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano non servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano, servito		
Altri interventi Di cui l'utente usufruisce	Non è seguito da alcun servizio		
	Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali		
Condizione economica	da 0 ,00 a 6.000,00		
	da 6.000,01 a 12.000,00		
	da 12.000,01 a 18.000,00		
	da 18.000,00 a 24.000,00		
	oltre 24.000,01		

FIRMA
