**ALLEGATO A ALL’AVVISO**

**MODULO RICHIESTA INTERVENTI**

**A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2022 del fondo**

**PERIODO DI RIFERIMENTO PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

**DAL 01.01.2023 AL 31.12.2023**

**Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**All’ADS n. 12 Sangro-Aventino**

**ECAD Unione Montana dei Comuni del Sangro**

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**Il/la sottoscritto/a……………………………………………… nato/a a ………………………….... Prov. (……..)il…….……/…….……/……….…/,nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitariaresidente a …………………………………………………………………............................................ Prov. (…….)Via/Piazza …………………………………………………………………………………………………… n° …………Tel.: …………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………Codice Fiscale: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Medico di medicina Generale: ……………………………………………..…………….. Tel.: ………………………**Riconosciuto 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 …………………………. Il……/……/…….Residente a …………………………………… (…….) Via/Piazza …………………………………….......................Tel.………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………….Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|**🞎 Familiare 🞎 Tutore, 🞎 Amministratore di sostegno, 🞎 Altro (specificare)**……………………………..Del Sig./Sig.ra……………………………………….......... nato/a ………………………………. Il……/……/……./Residente a ……………………………………………… (…….) Via/Piazza/C.da .…………………………………Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Recapito telefonico ………………………………………………………………………………………………………..Medico di medicina Generale: ……………………………………………….. Tel.: ………………………………….**Riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 – L. 104/92) in data:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ALLEGARE COPIA VERBALE** |

|  |
| --- |
| **CHIEDE****PER L’ANNUALITA’ 2022 DEL FONDO****PERIODO DI RIFERIMENTO PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE****DAL 01.01.2023 AL 31.12.2023****(barrare richiesta):** □ ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVE * 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 e luogo 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 (2023) ha usufruito dei seguenti servizi:** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Tipologia Servizi** | **Erogatore** | **h. settimanali** | **contributo (mensile)** |
|  |  |  |  |
| **□** | Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  |
| **□** | Assistenza Infermieristica Domiciliare |  |  |  |
| **□** | Sevizio di Aiuto alla Persona |  |  |  |
| **□** | Trasporto |  |  |  |
| **□** | Buoni Servizio |  |  |  |
| **□** | Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  |
| **□** | Benefici ai sensi dell’HCP |  |  |  |
| **□** | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico |  |  |  |
| **□** | Altro:  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)** |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **AREE DEI BISOGNI** |
|  |
| **AREA AUTONOMIA PERSONALE** |
| * ALZARSI DAL LETTO
* LAVARSI LE MANI
* FARE IL BAGNO O DOCCIA
* SEMPLICI INTERVENTI SANITARI
* CORICARSI
 | * USO DEL WC
* LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI
* VESTIRSI O SPOGLIARSI
* GESTIONE CATETERE
* MANGIARE, BERE
 | * LAVARSI IL VISO
* IGIENE INTIMA
* ASSISTENZA NOTTURNA
* GESTIONE DEGLI AUSILI
* ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **AREA AUTONOMIA DOMESTICA** |
| * PULIRE LA CASA
* GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI
 | * PREPARARE I PASTI
* ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * FARE LA SPESA
 |
| **AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA** |
| * SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL’ABITAZIONE
* UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI
* ATTIVITA’ RELATIVA AL TEMPO LIBERO
* ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO
* ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO
* VIAGGI
 | * GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE
* PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ CULTURALI
* DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE
* ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA
* ATTIVITA’ CULTURALI
* ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA
 |

|  |
| --- |
| * Si impegna a comunicare all’Ufficio sociale dell’ECAD l‘eventuale ricovero del diretto interessato
* Allega alla presente domanda:
	+ ISEE socio sanitario o minorenni se l’interessato opta per tale scelta, in corso di validità;
	+ Documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
	+ Se ricorre: 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 con diagnosi senza gli omissis per vecchi e nuovi richiedenti;
	+ Copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità con diagnosi senza gli omissis per vecchi e nuovi richiedenti;
	+ Se ricorre: certificazione di diagnosi definitiva di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) solo per i nuovi richiedenti;
	+ Se ricorre: certificazione di diagnosi definitiva di morbo di alzheimer solo per i nuovi richiedenti;
	+ Altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione;
	+ Copia IBAN del C/C bancario o postale (no libretto postale) intestato al beneficiario o cointestato;
	+ Titolo di soggiorno se cittadino straniero;
	+ Allegato C (a cura dell’operatore di sportello di segretariato sociale);
	+ (se ricorre) Per i casi di disabilità gravissima, 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;
	+ Modello privacy
* 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.

**Modalità di pagamento****BANCA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codice IBAN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conto Corrente Postale n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI** Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali dell’Unione Montana dei Comuni del Sangro e con la coerente normativa nazionale vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi i alla persona, con particolare riferimento all’organizzazione del Progetto **a cui si riferisce l’Avviso pubblico.**Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l’eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento e del Responsabile esterno, contattando direttamente l’Unione Montana dei Comuni del Sangro all’indirizzo pec di seguito indicato: unionemontanadeicomunidelsangro@legpec.it .Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento dei dati.**In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative e di autorizzare il trattamento dei dati personali.** **Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **La/il sottoscritta/o, infine, dichiara quanto segue:**- di impegnarsi a comunicare all’Unione Montana dei Comuni del Sangro – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento atto a modificare la condizione del beneficiario;- di essere a conoscenza che quanto dichiarato e la documentazione presentata a corredo dell’istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;**Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |