ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

Ambito Distrettuale Sociale n. ____

_____

Ente Capofila di Ambito Distrettuale:

_____

Distretto Sanitario di Base:

_____

Servizio competente:

_____

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

All'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE

N° _____

UFFICIO DI PIANO

via: _____, n°

_____

Cap _____ Comune

_____

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 disabile in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data……..

(*) Allegare copia verbale

DA COMPILARE SE LA DOMANDA <u>NON</u> 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 TELESOCCORSO - 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

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)			
☐	Sevizio 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)

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

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.
- ❖ 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 finalita' 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 445/200 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 _____