

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

AMBITO
DISTRETTUALE
SOCIALE **17**

ECAD N° 17

SERVIZIO COMPETENTE: UFFICIO DI PIANO ECAD N.17

ADS: 17

DSB di riferimento: **Scafà**

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

All'ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE
N°.17.

UFFICIO DI PIANO ECAD N°17

.....Corso Santarelli.....,n° 46...
Cap65024 Comune.. Manoppello (PE).....

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 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).....

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Del Sig./Sig.ra..... nato/a a II...../...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

C H I E D E

A INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI (barrare una richiesta):

- 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 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 DISABILITÀ 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 DISABILITÀ GRAVISSIMA
 - B.3. A.D.S.A. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE S.L.A. E DISABILITÀ GRAVISSIMA

A tal fine dichiara:

Composizione del Nucleo Familiare

(*): 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) |
|--------------------------|---|-----------|----------------|----------------------|
| <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"/> | Sevizio di Aiuto alla Persona | | | |
| <input type="checkbox"/> | P.L.N.A. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Assegno di Cura e Assistenza | | | |
| <input type="checkbox"/> | Trasporto | | | |
| <input type="checkbox"/> | Buoni Servizio | | | |
| <input type="checkbox"/> | Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato | | | |
| <input type="checkbox"/> | Centro Diurno / Laboratorio | | | |
| <input type="checkbox"/> | Inserimento Lavorativo / Formativo | | | |
| <input type="checkbox"/> | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico | | | |
| <input type="checkbox"/> | Contributo SLA / Dipendenza Vitale | | | |
| <input type="checkbox"/> | prestazione servizio ai sensi dell'Home Care Premium (HCP) | | | |

LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | beneficio economico ai sensi dell'Home Care Premium (HCP) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Altro: | | | | |

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

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

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

AREA AUTONOMIA PERSONALE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO | <input type="checkbox"/> USO DEL WC | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ |

AREA AUTONOMIA DOMESTICA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | <input type="checkbox"/> ALTRO: _____ | |

AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI | <input type="checkbox"/> 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 17:

- ❖ 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 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..

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 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.; 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 di Scafa.

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENTO:

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 _____