

**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 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 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 SOCIOASSISTENZIALE
- A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE
- A.4 TELESOCORSO - 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 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**

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



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.
- ❖ 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 la medesima 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 445/200 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 \_\_\_\_\_