

ECAD N. 16 – AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE METROPOLITANO

**MODULO RICHIESTA INTERVENTI A VALERE SUL FONDO PER LA NON  
AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2021**

Al Comune di CITTÀ SANT'ANGELO  
Via Piazza IV Novembre, n° 1  
Cap 65013 Comune Città Sant'Angelo

**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.: .....

**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.: .....

**C H I E D E**

**PER L'ANNO 2021**

**(barrare richiesta):**

- ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI SENZA LIMITE DI ETÀ IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ PARI AL 100% CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
  
- 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 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 ha usufruito dei seguenti servizi:**

Tipologia Servizi	Erogatore	ORE settimanali	contributo (mensile)
<input type="checkbox"/> Servizio assistenza Domiciliare - SAD			
<input type="checkbox"/> Assistenza Infermieristica Domiciliare			
<input type="checkbox"/> Servizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<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"/> *Altro:			

\*HCP, malattie rare, contributo vita indipendente, etc.

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

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## AREE DEI BISOGNI

### 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 SOTTOSCRITTO:

- ❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune l'eventuale ricovero del diretto interessato
- ❖ **Allega alla presente domanda:**
  - 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.

### 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 del Comune di Spoltore e con la coerente normativa nazionale vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona e socio-educativi, 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 indicato, contattando rispettivamente il Responsabile della Protezione dati del Comune, all'indirizzo email [info@comune.cittasantangelo.pe.it](mailto:info@comune.cittasantangelo.pe.it).

**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 al Comune di Città Sant'Angelo – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuta a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di 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 \_\_\_\_\_