

MODELLO DI DOMANDA

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Alla Cortese Attenzione  
del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12  
"Sangro Aventino"  
Alla Cortese Attenzione  
Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME - Piano Locale per la Non Autosufficienza – Annualità 2019.

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

Il/La sottoscritto _____ nato/a _____
Prov. _____ il _____,
Nazionalità :
<input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> unione europea <input type="checkbox"/> extracomunitaria
Residente a _____ Prov. _____
Via / Piazza _____ n° _____
Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
Medico di Medicina Generale _____
Tel _____ ;
Riconosciuto:
- Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento ( legge 11 febbraio 1980, n. 18 ) in data _____ ;
- Persona portatrice di handicap in situazione di gravità ( art. 3 comma 3 L. 104/92 ) in data _____ ;

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E' PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
Nazionalità :  
☐ italiana    ☐ unione europea    ☐ extracomunitaria  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
In qualità di :  
☐ Familiare    ☐ Tutore    ☐ Amministratore di sostegno    ☐ Altro \_\_\_\_\_  
Del/la Signor/ra: \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ ;  
Riconosciuto:  
– Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento ( legge 11 febbraio 1980, n. 18 ) in data \_\_\_\_\_;  
– Persona portatrice di handicap in situazione di gravità ( art. 3 comma 3 L. 104/92 ) in data \_\_\_\_\_;

CHIEDE

Di poter beneficiare dell'Assegno di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. 26/09/2016, previsto a sostegno delle persone affette da S.L.A. o con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di alzheimer o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

### A TAL FINE

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.

### DICHIARA CHE

a) il nucleo familiare del soggetto candidato al progetto è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*)

(\*) Situazione Occupazionale: Studente, Lavoratore/trice a tempo indeterminato, Lavoratore/trice a tempo determinato, Pensionato/a, Disoccupato.

b) la situazione abitativa del candidato al progetto è la seguente:

☐ vive da solo ☐ vive in famiglia ☐ altro \_\_\_\_\_

c) attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

TIPOLOGIA DEI SERVIZI FRUITI	SOGGETTO EROGATORE (*)	H SETTIMANALI FRUITE	ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE FRUITO
<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"/> Assegno di Cura			
<input type="checkbox"/> Trasposto			

<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Servizio di volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno			
<input type="checkbox"/> Progetto di inserimento lavorativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e /o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA			
<input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente ( L.R. 57/2012)			
<input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente Sperimentale			
<input type="checkbox"/> Prestazioni Prevalenti Home Care Premium			
<input type="checkbox"/> Prestazioni Integrative Home Care Premium			
<input type="checkbox"/> Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica			
<input type="checkbox"/> Assistenza Svolta dai familiari			
<input type="checkbox"/> Assistenza Svolta da assistente/care-giver			
<input type="checkbox"/> Altro:			

(\*) Soggetto Erogatore: Comune, Ambito Distrettuale Sociale, ASL, Inps, Soggetto Privato, Altro.

Il/la sottoscritto/a è stato 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 agli Uffici del Comune di residenza e all'ECAD.

### 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

\_\_\_\_\_

### Allega alla presente domanda:

- ☐ documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;
- ☐ nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: 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;
- ☐ copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità;
- ☐ titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- ☐ autocertificazione stato di famiglia;
- ☐ certificazione ISEE socio-sanitario (a norma del regolamento unico di accesso ai servizi di Ambito) in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 26/02/2021;
- ☐ Allegato 1;
- ☐ (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato;
- ☐ (se ricorre) per gli utenti 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;
- ☐ modulo privacy.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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.,

### DICHIARA

che il candidato al progetto, presenta le seguenti caratteristiche familiari, sociali, ambientali ed economiche di rilevanza ai fini dell'art. 6 dell'Avviso Pubblico per l'accesso agli assegni di disabilità gravissima:

DESCRIZIONE		Indicare con una x la situazione che ricorre	Da compilare A cura Dell'ECAD
<b>Composizione nucleo familiare</b>	Vive da solo		
	Nucleo di due persone		
	Nucleo di tre persone		
	Nucleo di quattro persone		
	Nucleo di cinque persone		
	Nucleo di sei persone e oltre		
<b>Situazione familiare del Disabile</b>	Presenza nel nucleo familiare contemporaneamente di altri soggetti disabili, di anziani e minori		
	Presenza di altre persone disabili		
	Presenza di parenti anziani o minori		
	Assenza di altre persone disabili, anziane, minori		
<b>Condizioni socio-ambientali</b>	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito		
	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano non servito		
	Nucleo che vive nel centro urbano, servito		
<b>Altri interventi Di cui l'utente usufruisce</b>	Non è seguito da alcun servizio		
	Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali		
<b>Condizione economica</b>	da 0 ,00 a 6.000,00		
	da 6.000,01 a 12.000,00		
	da 12.000,01 a 18.000,00		
	da 18.000,00 a 24.000,00		
	oltre 24.000,01		

FIRMA