



## CITTÀ DI TERAMO

AREA WELFARE E SERVIZI AL  
CITTADINO

### MODULO RICHIESTA INTERVENTI A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA Annualità 2023

Al Comune di TERAMO – ADS n. 20 TERAMO

All'Ufficio Attività Sociali

#### 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 portatore di handicap 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/aa ..... Il...../...../.....

nazionalità: ☐ italiana ☐ unione europea ☐ extracomunitaria

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

Tel..... E-mail .....

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

☐ Familiare ☐ Tutore, ☐ Amministratore di sostegno, ☐ Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a ..... Il...../...../.....

nazionalità: ☐ italiana ☐ unione europea ☐ extracomunitaria

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

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Recapito telefonico .....

Medico di medicina Generale: ..... Tel.: .....

(\*) Riconosciuto: Persona portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data .....

(\*) Allegare copia verbale

**C H I E D E**

L'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: \_\_\_\_\_

**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. (specificare):  |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> Assegno di Cura (FNA)  |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> Trasporto sociale  |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> Buoni Servizio   |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> Disponibilità di obiettori di coscienza/volontariato/Servizio Civile |           |                |                      |

|                          |   |  |  |  |
|--------------------------|---|--|--|--|
| <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 per la Vita Indipendente (L.R.57/2012)   |  |  |  |
| <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"/> | Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016) |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Altro:  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | Altro:  |  |  |  |

- Di volersi avvalere della valutazione già effettuata dalla UVM nell'anno in corso - 2025 (se trattasi di compromissioni fisiche/intellettive, neurologiche e funzionali non passibili di miglioramento)

( )SI      ( )NO

## 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 |

INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA- DISABILITA' GRAVISSIME

- ☐ ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO
- ☐ VIAGGI

- ☐ ATTIVITA' CULTURALI
- ☐ ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA

Il/la sottoscritto/a informato, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, 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 utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla Legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endoprocedimentali rientranti nella competenza degli stessi Enti

I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune di residenza l'eventuale ricovero del diretto interessato o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Si impegna a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es. Home Care Premium, casellario dell'assistenza-SIUSS e SINA- ecc).

**Allega alla presente domanda:**

Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità o ISEE minorenni;

Certificazione di invalidità con diritto all'indennità di accompagnamento;

Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;

Altre certificazioni attestanti lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima - art. 3 del DM 26 settembre 2016 nelle lettere da a) ad i)

Copia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente / persona assistita;

Titolo di soggiorno, se cittadino straniero;

Copia IBAN del C/C Bancario e C/C Postale intestato al beneficiario o cointestato.

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 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 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

**DATI IBAN C/C BANCARIO o C/C POSTALE ( No libretto Postale)**

**BANCA:** \_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale intestatario conto** \_\_\_\_\_

**Codice IBAN:** \_\_\_\_\_

**Conto Corrente Postale n°:** \_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_

*(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca/posta in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato).*

**(il c/c deve essere intestato al Beneficiario. Non è consentito l'accredito su libretti postali).**

**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 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 Reg. UE 679/2016, 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 utilizzati al fine di procedere alla definizione dei procedimenti amministrativi in corso e dei controlli previsti dalla legge. Si rende noto che le informazioni fornite dovranno essere utilizzate e comunicate anche all'ASL e alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fasi endo- procedurali rientranti nella competenza degli stessi Enti. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle L'interessato potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento U.E. GDPR n° 679/2016 (Capo III). Il diritto di accesso dell'interessato alle informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano e altri diritti dell'interessato sono disciplinati dall'art. 15 all'art. 21 del Regolamento U.E.GDPR n° 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia del trattamento dei dati personali, all'autorità di controllo Garante Privacy.

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 \_\_\_\_\_