

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 2020.

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 /UNA TANTUM 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"/> Contributo Disabilità Gravissime			
<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 16/11/2021;
- Allegato 1;
- (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato (copia contratto di lavoro badante);
- (se ricorre) per gli utenti già valutati dall'UVM per la medesima misura, ovvero, per i beneficiari dell'assegno disabilità gravissima Fondo Annualità 2019, autodichiarazione attestante il godimento del contributo economico (Allegato 2);
- (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;
- Modello 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 CRITERIO			PUNTEGGIO ATTRIBUITO
Situazione Socio-Familiare e sostegno personale quotidiano	Deficitaria	Soggetto privo di rete familiare, parentale e sociale PUNTI 15	
	Parzialmente Deficitaria	Soggetto assistito alternativamente da caregiver, familiari, parenti, rete sociale PUNTI 10	
	Per nulla Deficitaria	Soggetto adeguatamente assistito all'interno del nucleo familiare e attraverso la rete parentale e sociale di riferimento PUNTI 5	
Condizioni socio-ambientali	Soggetto che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito PUNTI 12		
	Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito PUNTI 9		
	Nucleo che vive nel centro urbano non servito PUNTI 6		
	Nucleo che vive nel centro urbano e servito PUNTI 3		
Altri interventi Di cui l'utente usufruisce	Non è seguito da alcun servizio PUNTI 15		
	Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali PUNTI 10		
	Già beneficiario di assegno di cura e/o di altre misure economiche PUNTI 5		
Condizione economica	Fasce ISEE	Da 0 ,00 a 6.000,00 PUNTI 58	
		Da 6.000,01 a 12.000,00 PUNTI 40	
		Da 12.000,01 a 18.000,00 PUNTI 30	

		Da 18.000,01 a 24.000,00 PUNTI 20	
		Da 24.000,01 a 30.000,00 PUNTI 10	
		Da 30.000,01 e oltre PUNTI 8	
TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO			

FIRMA

OGGETTO: Autodichiarazione attestante il godimento del contributo "Assegno Disabilità Gravissima".

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, nel corso dell'annualità 2021 ha beneficiato del contributo di cui all'oggetto a valere sul Fondo PLNA annualità 2019 per complessivi € :

4.800,00

5.520,00

6.720,00

8.160,00

FIRMA