



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

Avviso

INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA (EX ART. 3 DEL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 26/09/2016).

Si rende noto che la Regione Abruzzo, con Deliberazione n. 707 del 17 Novembre 2020, ha approvato le "Linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza 2019-2021" attuati con il sostegno del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (Allegato A) e il "Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021" redatto in conformità con gli indirizzi delle linee guida sopra richiamate e delle indicazioni riportate nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019.

Oltre ai servizi tradizionalmente previsti (Assistenza Domiciliare, ADI, Centro Diurno, Trasporto ecc.), le Linee Guida contemplano anche particolari interventi per le persone affette da SLA e per le persone in condizione di disabilità gravissima, incluse le persone con stato di demenza molto grave tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer, **così come individuate dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 26 Settembre 2016.**

Nello specifico, in ordine a tali interventi, è prevista l'erogazione di un beneficio economico in favore del nucleo familiare, finalizzato a integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona e a garantire alla stessa la permanenza nel proprio contesto abitativo, sociale e affettivo, evitando così il ricovero improprio in strutture ospedaliere e/o residenziali. L'erogazione dell'assegno è, quindi, subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona in condizione di dipendenza vitale nel proprio domicilio. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta da parte del nucleo familiare stesso, ovvero mediante il ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ne ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, deve essere formalizzata attraverso apposito "Accordo di Fiducia", sottoscritto con il Servizio Sociale competente prima dell'avvio dell'effettiva erogazione, ed inserito nel Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI). L'erogazione del contributo fa riferimento alle attività di cura e di assistenza prestate nel periodo successivo alla sottoscrizione dell'Accordo. La mancanza di sottoscrizione del suddetto Accordo è causa di decadenza dal contributo.

Modalità di presentazione delle domande

Le persone interessate possono acquisire tutte le informazioni necessarie, segnalare il proprio stato di bisogno e/o presentare richiesta di contributo presso l'ufficio dell'Assistente Sociale e/o lo sportello di Segretariato Sociale, presenti nel proprio Comune di residenza, **entro e non oltre il giorno 1 Marzo 2021**. La domanda deve essere redatta su apposito modulo, predisposto dalla Regione, allegato al presente Avviso, e corredata dalla documentazione ivi richiesta:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente Socio – Sanitario (ISEE) in corso di validità;
- 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.

L'ammissione degli utenti agli interventi è subordinata alla certificazione della condizione di disabilità gravissima effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale competente ai sensi dell'art. 3 comma 2



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

del Decreto del 26/09/2016; per i casi di disabilità gravissima e affetti da S.L.A. già valutati dalle U.V.M. nelle precedenti annualità e in possesso di una 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) non è necessaria una ulteriore valutazione da parte dell'U.V.M., salvo i casi in cui tale valutazione venga richiesta direttamente dall'utente e/o nel caso in cui risulti necessario ridefinire l'intensità socio-assistenziale e socio-sanitaria attraverso l'applicazione di scale del bisogno differenti e che rispondano ai nuovi indirizzi emanati a livello nazionale nel Piano Nazionale Non Autosufficienza 2019/2021.

I richiedenti l'assegno di cura per la disabilità gravissima secondo quanto indicato nel Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021 dovranno essere in possesso di un ISEE socio-sanitario (art. 6 DPCM 159/2013) non superiore ad € 50.000, ed a € 65.000 per i beneficiari minori di 18 anni.

Iter di valutazione e assegnazione del beneficio

Il Servizio Sociale Professionale dell'ambito Distrettuale Sociale procederà all'istruttoria delle domande ed alla verifica del possesso dei requisiti. La valutazione del grado di compromissione funzionale dei malati che hanno presentato istanza di accesso agli assegni di cura è effettuata dall'UVM competente per territorio, che provvederà alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) utilizzando le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettera a), c), d), e), h), illustrate nell'Allegato 1 al Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione della altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 al Decreto 26/09/2016.

Nel caso di risorse insufficienti alla copertura piena delle richieste, per l'ammissione al beneficio economico si terrà conto prioritariamente della valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale facendo ricorso al valore dell'indice di Barthel modificato ai sensi dell'art. 3, comma 2, del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 e in secondo luogo delle condizioni reddituali (ISEE socio sanitario). Ossia, a parità di punteggio dell'intensità del bisogno assistenziale precede in graduatoria colui che possiede l'ISEE più basso.

Entità' del contributo

L'Unione di Comuni Val Vibrata, in qualità di Ente Capofila di Ambito Sociale, erogherà ai soggetti definiti in condizione di disabilità gravissima, posizionati utilmente in base all'eventuale graduatoria stilata secondo i criteri definiti nel presente avviso e previa disponibilità delle risorse finanziarie, un contributo minimo mensile di € 400,00 ed uno massimo di € 1.000,00 per 12 mensilità calcolato in relazione alla valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale dell'UVM (art. 3 comma 2, del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016) ed a seguito della sottoscrizione dell'accordo di fiducia, il cui ammontare tiene conto degli elementi bioclinici, sociali, familiari e reddituali che costituiscono il "budget di cura" facente parte del "piano assistenziale individuale" redatto conseguentemente alla valutazione del bisogno secondo la seguente tabella:

VALORE ISEE	Fascia di intensità di bisogno molto alto	Fascia di intensità di bisogno alto	Fascia di intensità di bisogno medio	Fascia di intensità di bisogno basso
fino a 8.000,00 euro	€ 1.000,00	€ 655,00	€ 465,00	€ 420,00



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

da 8.000,01 a 12.000,00 euro	€ 925,00	€ 610,00	€ 455,00	€ 415,00
da 12.000,01 a 24.000,00 euro	€ 850,00	€ 565,00	€ 445,00	€ 410,00
da 24.000,01 a 32.000,00 euro	€ 775,00	€ 520,00	€ 435,00	€ 405,00
da 32.000,01 euro e oltre	€ 700,00	€ 475,00	€ 425,00	€ 400,00

Qualora l'avente diritto al beneficio abbia perso la residenza in uno dei Comuni dell'Ambito, nel periodo di cui al precedente punto, il contributo verrà erogato in proporzione al periodo di effettiva residenza anagrafica.

Altre disposizioni

Gli interventi saranno erogati in conformità a quanto previsto nelle "Linee guida per la programmazione degli interventi per la non autosufficienza 2019-2021" e nel "Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021" (DGR n. 707 del 17 Novembre 2020), e nei limiti delle disponibilità finanziarie sussistenti negli appositi stanziamenti di bilancio.

Ai sensi dell'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza si avvisa che l'assegno Disabilità Gravissima per le persone affette da S.L.A. è incompatibile con:

1. l'Assegno di Cura;
2. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57.
3. L'Assegno disabilità gravissima incluse persone con stato di demenza molto grave e Alzheimer;
4. altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali e che si riferiscono allo stesso ed effettivo periodo progettuale.

Ai sensi dell'atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza si avvisa che l'assegno per la Disabilità Gravissima è incompatibile con:

1. l'Assegno di Cura;
2. l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 23.11.2012, n. 57;
3. l'Assegno disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A.
4. altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali e che si riferiscono allo stesso ed effettivo periodo progettuale.

Nel caso in cui il beneficiario del presente avviso usufruisca anche del contributo per prestazioni prevalenti riconducibile al progetto INPS Home Care Premium, l'ammontare dell'assegno di disabilità gravissima sarà comunicato all'inps ai fini della relativa decurtazione.

La modulistica per predisporre la richiesta è disponibile presso l'Ufficio di Segretariato Sociale del Comune di residenza.

Trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, i dati personali conferiti da cittadini e utenti dei servizi in parola, propedeutici per l'istruttoria della pratica, sono trattati, per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona (che costituisce dunque la base giuridica del trattamento), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico previsti dalla suddetta normativa, o



Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto (TE)
Sede Amministrativa in Via T. Tasso snc
Sant'Omero (TE)
P.I.: 01438600676 – Tel/fax: 0861 851825

comunque connessi all'esercizio dei medesimi, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Data la natura dei servizi in questione, oltre a dati di tipo identificativo, per il conseguimento delle finalità evidenziate, in alcuni di essi saranno necessariamente oggetto di trattamento anche dati di tipo patrimoniale e, in alcuni casi anche categorie particolari di dati personali (definiti come dati sensibili e dati giudiziari nella previgente normativa europea).

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Unione di Comuni Val Vibrata, in qualità di Ente Capofila di Ambito Sociale Comune o delle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento. 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. Al di fuori di queste ipotesi i dati potranno essere comunicati a terzi e diffusi, nei soli casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'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 UE 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.

S.Omero 27/01/2021

Il Responsabile del Servizio
Dott. Domenico Di Emilio





Azienda Sanitaria Locale n. 4 - Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto

Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

Si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

È affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Data _____

FIRMA DEL SANITARIO



Allegato 1

INTERVENTI RIVOLTI ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA COME INDIVIDUATE ALL'ART 3 DEL DECRETO INTERMINISTERIALE DEL 26 SETTEMBRE 2016

Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente Decreto, si intendono le persone beneficiarie di indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque, definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizioni di coma, Stato Vegetativo (SP) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;*
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;*
- d) persone con lesioni spinali C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con un punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod.;*
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo*

- visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;*
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM – 5;*
 - h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM – 5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;*
 - i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico – fisiche.*

Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettera a), c), d) e) e h), sono illustrate nell'Allegato 1 al Decreto 26/09/2016. Per l'individuazione delle altre persone in condizioni di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'Allegato 2 al Decreto 26/09/2016.

ALLEGATO 1: MODELLO DI DOMANDA

Ambito Distrettuale Sociale n. 21 Val Vibrata

Ente Capofila di Ambito Distrettuale: Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"

Distretto Sanitario di Base: Asl Teramo - Sede Nereto

Servizio competente: Unità di Valutazione Multidimensionale

MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

ALL'ENTE CAPOFILA DI AMBITO DISTRETTUALE

N° 21

UFFICIO DI PIANO

via: T. Tasso, n° snc

Cap 64027 Comune Sant'Omero

Per il tramite del Comune di

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

--	--	--	--	--

(*): 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"/>	Sevizio 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:			

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/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** 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) in corso di validità;**
 - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92**
 - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;**
 - Modello di certificazione medica attestante la presenza di una delle condizioni elencate nel Decreto Ministeriale del 26.09.2016;**
 - 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:** _____

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 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 al Servizio Sociale Professionale (coop Assistenza 200), 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 UE 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 _____