



**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 a ..... Il...../...../...../  
Residente a ..... (.....) Via/Piazza/C.da .....  
Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Recapito telefonico .....  
Medico di medicina Generale: ..... Tel.: .....

**C H I E D E**

**A - INTERVENTI PER SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI (barrare richieste):**

- A.1 A.D.I. - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- A.2 A.D.S.A. - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE
- A.3 SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE
- A.4 TELESOCCORSO - TELEASSISTENZA
- A.5 TRASPORTO
- A.6 INSERIMENTO PRESSO CENTRO DIURNO
- A.7 RIMBORSO QUOTA SOCIALE RETTA PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE
- A.8.1 ASSEGNO DI CURA
- A.8.2 ASSEGNO DI VITA AUTONOMA

**B - INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L. E P.S. (barrare una sola richiesta):  
ASSEGNO DISABILITÀ GRAVISSIMA**

- B.1.1. ASSEGNO DI DISABILITÀ GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. (SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA)







## 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:

#### ❖ **Allega alla presente domanda:**

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente Socio – Sanitario (ISEE) 2023;
- Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
- Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento, completa di tutte le informazioni (No scheda con omissis);
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente;
- (se ricorre) 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);
- (solo per interventi rivolti alla disabilità gravissima) *Certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale oppure da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità*

*gravissima ai sensi dell'art. 3 del decreto interministeriale del 26 settembre 2016 e che indichi esplicitamente la tipologia della disabilità gravissima, lo strumento di valutazione utilizzato e l'eventuale punteggio assegnato; dette certificazioni dovranno essere effettuate da una struttura sanitaria specialistica pubblica oppure dal Medico di Medicina Generale con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente:*

Altro \_\_\_\_\_

- ❖ **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.)
- ❖ **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;
- ❖ È consapevole del fatto che l'effettuazione di una Valutazione Multidimensionale della propria situazione **può richiedere documentazione integrativa e l'accesso domiciliare** da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale del Distretto Sanitario territorialmente competente;
- ❖ È consapevole del fatto che, in caso di mancata presentazione di documentazione integrativa richiesta dall'UVM necessaria per la Valutazione Multidimensionale, l'istanza non potrà essere accolta;
- ❖ **Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o di non presentazione della documentazione indicata nella sezione ALLEGA, l'istanza potrà essere considerata non completa e pertanto non ammissibile;**

### Modalità di pagamento

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

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

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

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

Data / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

UNIONE DEI COMUNI CONCOMPRESI PER ESTERMINARE LA MALFERITA' P. 00001235-6064-4210233 03 920033 --partenza