

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

1- Di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito sociale Val Vibrata ed essere anagraficamente convivente con la persona assistita.

2- Di avere con la persona assistita, il seguente rapporto di parentela o affinità:

- coniuge
- unito civilmente
- convivente.
- padre/madre
- figlio/figlia
- fratello/sorella
- nuora
- genero
- nipote
- Altro (specificare) _____

2.1 - 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:

La composizione del nucleo familiare come sopra indicata è corrispondente a quanto risulta dai registri anagrafici del Comune di _____.

I dati relativi alla composizione del nucleo ordinario possono, comunque, essere desunti dall'attestazione ISEE ordinario 2023 il cui Protocollo di rilascio da parte dell'INPS è il seguente:

2.2- Informazioni sulla rete familiare della persona assistita:

- Presenza attiva di rete di familiari competente ed adeguata
- Presenza di rete di familiari parzialmente adeguata (specificare i motivi)
.....
.....
- Presenza di rete di familiari inadeguata (specificare i motivi)
.....

.....
 Altro
.....
.....

3-Assistenza svolta dal caregiver:

4- Attualmente, la persona assistita, 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.			
<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"/> Assistenza economica (specificare tipologia)			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Altro:			

5-La persona assistita, si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

- persona non in grado di prendersi cura di sé, riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- l'assistito è stato sottoposto a valutazione da parte dell'U. V. M. presso il Distretto Sanitario di _____, in data _____, in quanto persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016;

6- Di aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione del contributo oggetto della presente istanza e di NON ESSERE ASSEGNATARIO dei contributi indicati dall'art. 5 del suddetto Avviso.

7- Di essere consapevole che in nessun caso è erogabile l'intervento:

- se la persona assistita risulta lungodegente o accolta stabilmente presso strutture residenziali, all'atto della richiesta;
- se i competenti Servizi accertino situazioni di carattere personale del caregiver o inerenti la persona assistita che comportino il venir meno dell'attività di cura del familiare;

DICHIARA INOLTRE:

- di avere preso atto e di accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui al suddetto Avviso;
- di essere consapevole che l'erogazione del contributo è subordinata alla sottoscrizione di un apposito Accordo di fiducia tra il familiare caregiver ammesso a contributo e l'ECAD, in cui sia esplicitato l'impegno a fruire del beneficio economico per garantire la permanenza dell'assistito presso il domicilio individuato, assicurando interventi assistenziali di sostituzione utili nella cura del proprio congiunto nel periodo di godimento del beneficio, al fine di conciliare propri momenti di sollievo dal lavoro di cura; nel medesimo documento il caregiver individua il tipo di intervento che intende attuare con il contributo (sostituzione nel

lavoro di cura anche con individuazione del sostituto laddove possibile e/o ricovero di sollievo temporaneo);

- di essere 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;
- di essere 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;
- di essere consapevole che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a

Codice Fiscale

Banca

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

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

Allega alla presente:

- fotocopia del documento di identità della persona assistita in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del caregiver;
- certificazione ISEE ordinario del caregiver richiedente, in corso di validità;
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale oppure da una struttura sanitaria specialistica pubblica che attesti la condizione di disabilità gravissima della persona assistita, 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.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 8 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

(Firma leggibile)

Informativa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che il trattamento dei dati personali forniti per il servizio in oggetto è finalizzato unicamente alla corretta esecuzione dei compiti istituzionali nelle singole materie che disciplinano i servizi con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza di responsabili e incaricati di altri soggetti pubblici che debbano partecipare al procedimento amministrativo.

I dati potranno altresì essere comunicati o portati a conoscenza dei soggetti autorizzati al trattamento impiegati presso i singoli servizi comunali interessati dalla richiesta.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo e la loro mancata indicazione comporta, quindi, l'impossibilità di beneficiare del servizio ovvero della prestazione finale.

I dati personali non saranno trasferiti presso paesi terzi o a organizzazioni internazionali.

Il periodo di conservazione dei dati personali è determinato secondo il criterio giuridico collegato alla validità del procedimento amministrativo di cui l'interessato è beneficiario, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

L'interessato, fatti salvi i dati conferiti obbligatoriamente e detenuti per disposizione di legge al fine di garantirne il pubblico servizio, ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati ove applicabile.

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Il Titolare del trattamento esclude di trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti. In caso si renda necessario un ulteriore trattamento saranno fornite all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

Il Titolare del Trattamento è l'Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata", con Sede Amministrativa in Sant'Omero, Via Torquato Tasso, nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore Massimo Vagnoni.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Preso atto della presente informativa resa ai sensi del GDPR n. 2016/679 "Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", esprimo il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'Avviso Pubblico.

Luogo _____, li _____

IL/LA DICHIARANTE

(Firma leggibile)

Parte riservata al Servizio Sociale Professionale:

RELAZIONE SOCIALE:

- il nucleo familiare richiedente è conosciuto al Servizio Sociale Professionale, che ha già accertato il ruolo di caregiver familiare dell'istante in favore della persona assistita e valuta la rete socio-familiare-parentale e dei servizi di cura già a sostegno della persona con disabilità gravissima, attribuendo i punteggi di cui alla scheda allegato A di seguito riepilogati;
- il nucleo familiare richiedente non è conosciuto ai servizi sociali. Da idonea indagine sociale risulta quanto segue:

Pertanto, verificati i requisiti di accesso al beneficio, preso atto della regolarità della documentazione prodotta e accertato il ruolo di caregiver familiare dell'istante in favore della persona assistita, valuta la rete socio-familiare-parentale e dei servizi di cura già a sostegno della persona con disabilità gravissima, attribuendo i punteggi di cui alla scheda allegato A di seguito riepilogati;

Rete socio-familiare (punteggio alla situazione prevalente)			
Descrizione		peso (max 3)	punti
a)	L'assistito può contare su una rete socio-familiare senza problematiche di rilievo e in grado di prendersi cura delle sue necessità assistenziali direttamente o anche avvalendosi di servizi assistenziali privati	0	
	L'assistito può contare su una rete socio-familiare che è in grado solo parzialmente di prendersi cura in modo efficace delle sue necessità assistenziali (esempi: distanza abitativa di parenti e conoscenti, difficoltà di conciliare impegni di lavoro e familiari con l'assistenza all'anziano, etc...)	1	
	L'assistito presenta una rete socio-familiare in grave difficoltà nel prendersi cura in modo efficace delle sue necessità assistenziali (esempi: rete socio-familiare in grado di garantire assistenza solo per tempo limitato e/o situazioni contingenti, etc...)	2	
	L'assistito non può contare sull'aiuto di una rete socio-familiare in grado di prendersi cura delle sue necessità assistenziali (esempi: rete socio-familiare assente o del tutto inefficace).	3	

Rete dei servizi di cura (punteggio alla situazione prevalente)			
Fruizione di altre prestazioni sociali agevolate e/o di altre prestazioni socio assistenziali			
Descrizione		peso (max 5)	punti
b)	L'assistito risulta già titolare di servizi SAD/ADH , Centro Diurno, Aiuto Personale ecc.	0	
	L'assistito NON risulta titolare di servizi SAD/ADH, Centro Diurno, Aiuto Personale ecc.	0,5	
c)	L'assistito risulta già titolare della prestazione prevalente HCP	0	

	L'assistito NON risulta già titolare della prestazione prevalente HCP	0,5	
d)	L'assistito risulta già titolare della prestazione integrativa HCP	0	
	L'assistito NON risulta già titolare della prestazione integrativa HCP	0,5	
e)	Il nucleo dell'assistito o l'avente diritto risultano già titolari di altro contributo di sollievo (Assegno di Cura, Assegno disabilità gravissima o altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali)	0	
	Il nucleo dell'assistito o l'avente diritto NON risultano titolari di altro contributo di sollievo (Assegno di Cura, Assegno disabilità gravissima o altre prestazioni economiche nazionali e regionali aventi le medesime finalità assistenziali)	3,5	
Fruizione di altre prestazioni sanitarie domiciliari (anche riabilitative) (punteggio alla situazione prevalente)			
Descrizione		peso (max 2)	punti
f)	L'assistito risulta già titolare di servizi infermieristici domiciliari	0	
	L'assistito NON risulta titolare di servizi infermieristici domiciliari	1	
g)	L'assistito risulta già titolare di servizi riabilitativi domiciliari	0	
	L'assistito NON risulta titolare di servizi riabilitativi domiciliari	1	

Luogo _____, li _____

L'ASSISTENTE SOCIALE
