



**UNIONE DEI COMUNI**  
MONTAGNA MARSICANA

**ADS N.2 MARSICA**  
SERVIZI SOCIALI

**MODELLO DI DOMANDA (ALLEGATO B) - PLNA FONDO ANNO 2023- INTERVENTI REGIONALI PER L'ASSEGNO DI CURA PER LA DISABILITÀ GRAVISSIMA E LA NON AUTOSUFFICIENZA**

(si prega di scrivere in modo leggibile e in stampatello)

**IL BENEFICIARIO (\*) – RICHIEDENTE DELL'INTERVENTO**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **LUOGO DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **MAIL:** \_\_\_\_\_

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DOTT./DOTT.SSA** \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON VIENE PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO  
IN QUALITÀ DI:**

☐ Familiare; ☐ Tutore; ☐ Amministratore di Sostegno; ☐ Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **LUOGO DI NASCITA:** \_\_\_\_\_

**COMUNE RESIDENZA E PROVINCIA** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **MAIL:** \_\_\_\_\_

**\*SI PRECISA DI SPECIFICARE LE GENERALITÀ DEL SOGGETTO INTERESSATO ALL'INTERVENTO**



**Indirizzo:** Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

**C.F. e P.I.:** 90058010662

**PEC:** montagnamarsicana@pec.it

**PEO:** ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

**Telefono:** 0863/22143



**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE**

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	SITUAZIONE OCCUPAZIONALE (*)	VALORE ISEE

(\*) **inserire il numero:** 1. Studente; 2. Lavoratore a tempo indeterminato; 3. Lavoratore/ a tempo determinato; 4. Pensionato/a sociale; 5. Pensionato/a; 6. Disoccupato.

**ATTUALE SITUAZIONE ABITATIVA DEL RICHIEDENTE DELL'INTERVENTO:**

☐ Da solo ☐ In famiglia ☐ In Comunità ☐ Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

**ATTUALMENTE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI**

TIPOLOGIA DEI SERVIZI		EROGATORE	ORE SETTIMANALI	CONTRIBUTO MENSILE
<input type="checkbox"/>	Assistenza Domiciliare (SAD)			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)			
<input type="checkbox"/>	Assistenza Programmata Domiciliare (ADP – Medico Curante)			
<input type="checkbox"/>	Servizi di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/>	Assistenza al Trasporto			
<input type="checkbox"/>	Telesoccorso – Teleassistenza			
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	Prestazioni di Carattere Residenziale e semiresidenziale			
<input type="checkbox"/>	Vita Indipendente (L.R. 57/2012)			
<input type="checkbox"/>	Servizi Home Care Premium (HCP)			
<input type="checkbox"/>	Contributo Caregiver			





<input type="checkbox"/>	Inserimento Lavorativo / formativo			
<input type="checkbox"/>	Buoni servizio/fornitura del Fondo Famiglia			
<input type="checkbox"/>	Altro: (Specificare)			

## **ASSISTENZA SVOLTA DAI FAMILIARI E/O ALTRA FIGURA (ASSISTENTE/CAREGIVER)**

### **AREA DEI BISOGNI**

**(barrare le diverse aree di cui il richiedente all'intervento NECESSITA di assistenza)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzarsi dal letto            | <input type="checkbox"/> Coricarsi                     | <input type="checkbox"/> Mangiare, bere        |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi le mani              | <input type="checkbox"/> Uso del WC                    | <input type="checkbox"/> Igiene intima         |
| <input type="checkbox"/> Lavarsi il viso              | <input type="checkbox"/> Lavarsi i capelli /pettinarsi | <input type="checkbox"/> Assistenza notturna   |
| <input type="checkbox"/> Fare il bagno o doccia       | <input type="checkbox"/> Vestirsi e spogliarsi         | <input type="checkbox"/> Gestione degli ausili |
| <input type="checkbox"/> Semplici interventi sanitari | <input type="checkbox"/> Gestione catetere             | <input type="checkbox"/> Altro: _____          |

### **AREA AUTONOMIA DOMESTICA**

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestire la presenza di ospiti | <input type="checkbox"/> Preparare i pasti | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Pulire la casa                | <input type="checkbox"/> Fare la spesa     |                                |

### **AUTONOMIA SOCIO LAVORATIVA**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione | <input type="checkbox"/> Disbrigo pratiche burocratiche        |
| <input type="checkbox"/> Guida del mezzo a disposizione                | <input type="checkbox"/> Assistenza scolastica o universitaria |
| <input type="checkbox"/> Partecipazione ad attività culturali          | <input type="checkbox"/> Attività culturali                    |





# UNIONE DEI COMUNI

## MONTAGNA MARSICANA

### ADS N.2 MARSICA

#### SERVIZI SOCIALI

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accompagnamento fuori casa        | <input type="checkbox"/> Assistenza sul posto di lavoro |
| <input type="checkbox"/> Utilizzo mezzi pubblici           | <input type="checkbox"/> Attività di tempo libero       |
| <input type="checkbox"/> Attività relativa al tempo libero | <input type="checkbox"/> Viaggi                         |

- ☒ **Si impegna** a comunicare all'ADS 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.

#### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

1. **Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità del richiedente all'intervento;**
2. **Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;**
3. **Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;**
4. **Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.**

DATA E LUOGO \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



Indirizzo: Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

C.F. e P.I.: 90058010662

PEC: montagnamarsicana@pec.it

PEO: ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

Telefono: 0863/22143



UNIONE DEI COMUNI  
MONTAGNA MARSICANA

ADS N.2 MARSICA  
SERVIZI SOCIALI

### 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.

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000 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 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 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.

### 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.

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**Indirizzo:** Via Monte Velino, 61 – Avezzano (AQ) - 67051

**C.F. e P.I.:** 90058010662

**PEC:** montagnamarsicana@pec.it

**PEO:** ufficiosociale@montagnamarsicana.it – sociale2@montagnamarsicana.it

**Telefono:** 0863/22143