

**MODULO RICHIESTA INTERVENTI IN CASO DI UTENTI DECEDUTI
A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Annualità 2023 del fondo

All'ADS n. 09 VAL DI FORO

ECAD Comune di Francavilla al Mare

protocollo@pec.comune.francavilla.ch.it

DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a nato/aa ll...../...../.....

Residente a (.....) Via/Piazza

Tel..... E-mail

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Familiare Tutore, Amministratore di sostegno, Altro (specificare).....

Del Sig./Sig.ra..... nato/a ll...../...../...../

Residente a (.....) Via/Piazza/C.da

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Recapito telefonico

Medico di medicina Generale: Tel.:

DECEDUTO/A IN DATA _____

Riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3 – L. 104/92) in data:

ALLEGARE COPIA VERBALE

C H I E D E

PER L'ANNUALITA' 2023 DEL FONDO

L'ACCESSO ALL'ASSEGNO IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVISSIMA, DI CUI ALL'ART. 3 D.M. 26/09/2016, IVI INCLUSI QUELLI A SOSTEGNO DELLE PERSONE AFFETTE DA S.L.A. E DELLE PERSONE CON STATO DI DEMENZA MOLTO GRAVE, TRA CUI QUELLE AFFETTE DAL MORBO DI ALZHEIMER, **COSI' COME STABILITO NELL'AVVISO DI AMBITO.**

A TAL FINE DICHIARA:

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.

Composizione del Nucleo Familiare

Cognome e nome	Data e luogo 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: _____

Nell'annualità di riferimento (2023) ha usufruito 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"/>	Sevizio di Aiuto alla Persona			
<input type="checkbox"/>	Trasporto			
<input type="checkbox"/>	Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/>	Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/>	Benefici ai sensi dell'HCP			
<input type="checkbox"/>	Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<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 |

❖ Si impegna a comunicare all'Ufficio sociale del Comune l'eventuale ricovero del diretto interessato

❖ **Allega alla presente domanda:**

- ULTIMO ISEE socio sanitario all'ISEE socio-sanitario se l'interessato opta per tale scelta, posseduto;
- Certificato di decesso;
- Certificazione attestante la condizione di invalidità / disabilità;
- Permesso di soggiorno se del caso;
- Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 dei nominativi e recapiti degli eredi aventi diritto
- Eventuali Dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 di rinuncia degli eredi aventi diritto;
- Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.

❖ Dichiaro, in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contribuzione economica regionale e nazionale concessa per la medesima tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

Modalità di pagamento in caso di possesso dell'atto di rinuncia degli altri eredi aventi diritto

BANCA: _____ **Agenzia:** _____

Conto Corrente n°: _____ **intestato a:** _____

Codice IBAN: _____

Conto Corrente Postale n°: _____ **intestato a:** _____

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il in conformità con il Regolamento UE del Parlamento Europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) e con la coerente normativa nazionale vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi comunali alla persona e socio-educativi, con particolare riferimento all'organizzazione del Progetto **a cui si riferisce l'Avviso pubblico**.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per accedere al servizio e l'eventuale rifiuto al trattamento comporterà il venir meno della possibilità di beneficiarne. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento

In relazione a quanto sopra il sottoscritto dichiara di aver preso visione e conoscenza delle richiamate informative e di autorizzare il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

FIRMA

La/il sottoscritta/o, infine, dichiara quanto segue:

- di impegnarsi a comunicare al Comune di Francavilla al Mare – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuta a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;

- di essere a conoscenza che quanto dichiarato e la documentazione presentata a corredo dell'istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;

Luogo e data

FIRMA