MODELLO DI DOMANDA

Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla Cortese Attenzione

del Responsabile del Settore Sociale

All’Ente di Ambito Sociale n. 12

“Sangro Aventino”

Alla Cortese Attenzione

Del Responsabile dell’Ufficio di Piano

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA’ GRAVISSIME – Interventi rivolti alla non autosufficienza.

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA E’ PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Nazionalità : italiana  unione europea  extracomunitariaResidente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;Riconosciuto:* Persona invalida al 100% con indennità di accompagno ( legge 11 febbraio 1980, n. 18 ) in data

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;* Persona portatrice di handicap in situazione di gravità ( art. 3 comma 3 L. 104/92 ) in data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |

**DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON E’ PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Nazionalità : italiana  unione europea  extracomunitariaResidente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In qualità di : Familiare  Tutore  Amministratore di sostegno  Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Del/la Signor/ra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;Riconosciuto:* Persona invalida al 100% con indennità di accompagno ( legge 11 febbraio 1980, n. 18 ) in data

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;* Persona portatrice di handicap in situazione di gravità ( art. 3 comma 3 L. 104/92 ) in data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |

**CHIEDE**

**Di poter beneficiare dell’Assegno di disabilità gravissima, di cui all’art. 3 D.M. 26/09/2016, previsto a sostegno delle persone affette da S.L.A. o con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di alzheimer o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.**

**A TAL FINE**

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.

**DICHIARA CHE**

1. **il nucleo familiare del soggetto candidato al progetto è così composto:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **DATA** **DI NASCITA** | **GRADO** **DI PARENTELA** | **SITUAZIONE****OCCUPAZIONALE****(\*)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(\*) Situazione Occupazionale: Studente, Lavoratore/trice a tempo indeterminato, Lavoratore/trice a tempo determinato, Pensionato/a, Disoccupato.

1. **la situazione abitativa (del candidato al progetto) è la seguente:**

 vive da solo  vive in famiglia

 vive nello stesso condominio con figli/parenti  con figli /parenti residenti nello stesso comune

 figli /parenti non residenti nello stesso comune  privo di rete familiare

 l’abitazione è priva di barriere architettoniche  l’abitazione presenta barriere architettoniche

 l’abitazione si trova in luogo centrale  l’abitazione si trova in luogo decentrato

1. **attualmente usufruisce dei seguenti servizi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA DEI SERVIZI****FRUITI** | **SOGGETTO****EROGATORE****(\*)** | **ORE/TRASPORTI****SETTIMANALI** **FRUITE/I** | **SOLO PER I** **CONTRIBUTI** **ECONOMICI****INDICARE L’ENTITA’****MENSILE O SE TRATTASI DI CONTRIBUTO** **UNA TANTUM** |
|  Servizio Assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  |
|  Assistenza Infermieristica Domiciliare  |  |  |  |
|  Assistenza Programmata Domiciliare ( ADP Medico Curante) |  |  |  |
|  Servizio di Aiuto alla Persona |  |  |  |
|  Assegno di Cura |  |  |  |
|  Trasposto |  |  |  |
|  Buoni Servizio |  |  |  |
|  Servizio di volontariato |  |  |  |
|  Centro Diurno |  |  |  |
|  Progetto di inserimento lavorativo |  |  |  |
|  Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e /o Extra Scolastico |  |  |  |
|  Contributo SLA  |  |  |  |
|  Contributo Vita Indipendente ( L.R. 57/2012) |  |  |  |
|  Interventi di Vita indipendente sperimentale |  |  |  |
|  Contributo Disabilità Gravissime |  |  |  |
|  Prestazioni Prevalenti Home Care Premium |  |  |  |
|  Prestazioni Integrative Home Care Premium |  |  |  |
|  Contributo per il care-giver per l’assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica |  |  |  |
|  Assistenza Svolta dai familiari |  |  |  |
|  Assistenza Svolta da assistente/care-giver |  |  |  |
|  Altro:  |  |  |  |

(\*) Soggetto Erogatore: Comune, Ambito Distrettuale Sociale, ASL, Inps, Soggetto Privato, Altro.

1. **attualmente presenta le seguenti autonomie funzionali:**
	1. *area autonomia personale: il candidato al progetto è in grado di …*

 alzarsi dal letto usare il wc lavarsi il viso

 lavarsi le mani farsi il bagno/doccia provvedere alla sua igiene intima

 mangiare e bere vestirsi o spogliarsi trascorrere la notte senza

 assistenza

* 1. *area autonomia domestica: il candidato al progetto è in grado di..*

 pulire la casa prepararsi i pasti

 assumere medicine fare la spesa

* 1. *area autonomia socio-lavorativa: il candidato al progetto è in grado di …*

 spostarsi fuori dell’abitazione utilizzare mezzi pubblici praticare attività di tempo libero

 recarsi a lavoro viaggi are guidare

 sbrigare pratiche burocratiche partecipare ad attività  frequentare attività

 Ricreative/culturali scolastiche/universitarie

Il/la sottoscritto/a è stato 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 agli Uffici del Comune di residenza e all’ECAD.

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente domanda:**

 documento di identità in corso di validità della persona destinataria della misura economica;

 nei casi di persone con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del rappresentante e del rappresentato nonché copia del provvedimento di protezione giuridica o altra documentazione che legittimi l’istante a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;

 copia certificato di invalidità 100% con indennità di accompagnamento, in corso di validità;

 copia certificazione di disabilità grave ai sensi della Legge 104/1992 art. 3, comma 3, in corso di validità;

 titolo di soggiorno se cittadino straniero;

 ISEE socio-sanitario in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 13/03/2023.

 Allegato 1;

 (se ricorre) per gli utenti già valutati dall’UVM per la medesima misura, autodichiarazione attestante il godimento del contributo economico (Allegato 2);

 (se ricorre) per gli utenti già valutati dall’UVM nelle annualità precedenti: 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;

 Modello Privacy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGATO 1

A cura dell’operatore di segretariato sociale incaricato

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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.,

**DICHIARA**

che il candidato al progetto, presenta le seguenti caratteristiche familiari, sociali, ambientali ed economiche di rilevanza ai fini dell’art. 6 dell’Avviso Pubblico per l’accesso agli assegni di disabilità gravissima:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERI** | **PARAMETRO** | **Max** **PUNTI** **PER****PARAMETRO** | **Totale** **Punteggio** **Attribuito** |
| REDDITOISEE SOCIO-SANITARIOSoggetto Assistito | Da 0,00 a 8.000,00 | 25 |  |
| Da 8.000,01 a 16.000,00 | 15 |  |
| Da 16.000,01 a 24.000,00 | 10 |  |
| Oltre 24.000,01  | 5 |  |
| VALUTAZIONE SOCIALE | Situazione abitativa (\*)* Idonea 0
* Parzialmente idonea 10
* Non idonea 15
 | 15 |  |
| Rete familiare a supporto (\*)* Idonea 0
* Parzialmente idonea 10
* Non idonea 15
 | 15 |  |
| Rete sociale a supporto (\*)* Idonea 0
* Parzialmente idonea 10
* Non idonea 15
 | 15 |  |
| Grado di inclusione sociale (\*)* Alto 5
* Medio 10
* Basso 15

  | 15 |  |
| BISOGNO SOCIO-SANITARIO-ASSISTENZIALE(valutazione demandata all’UVM territorialmente competente) | Complessità molto alta | 20 |  |
| Complessità alta | 15 |  |
| Complessità media | 10 |  |
| Complessità bassa | 5 |  |
| SERVIZI/INTERVENTIATTIVI | Non è seguito da alcun servizio socio-sanitario-assistenziale | 20 |  |
| Non beneficia di interventi economici | 10 |  |
| Già seguito da servizi sociali-sanitari-assistenziali | 5 |  |
| Già beneficiario di interventi economici | 0 |  |

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DELL’ISTANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| COLLOQUIO PSICO SOCIALE |
| Monitoraggio di ulteriori aspetti sociali, ambientali, economici, familiari e sanitari  |
| Esempio:1. Stato di disoccupazione/occupazione del soggetto caregiver
2. Ulteriore carico familiare ( riferito al caregiver)
3. Presenza di figli minori da 0-3 anni ( riferito al caregiver)
4. Abitazione (del beneficiario) di proprietà (comodato d’uso gratuito), in locazione, gravata da mutuo
 |
| **Punteggio** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’operatore incaricato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Istruzioni per la compilazione*

1. *Situazione abitativa: IDONEO: alloggio in centro abitato, ben servito da mezzi pubblici, in prossimità di esercizi commerciali, assenza barriere architettoniche interne ed esterne; PARZIALMENTE IDONEO: alloggio in centro abitato con barrire architettoniche interne o esterne che limitano la persona nell’utilizzo dei servizi; NON IDONEA: alloggio in posizione decentrata rispetto ai servizi di prima necessità ed ai mezzi pubblici, con barriere architettoniche interne ed esterne.*
2. *Rete familiare a supporto: IDONEA: familiari conviventi o che abitano in appartamento viciniore, collaborativi e accudienti; PARZIALMENTE IDONEA: familiari collaborativi e accudienti anche se non coabitanti; NON IDONEA: assenza di rete familiare a supporto;*
3. *Rete sociale a supporto: IDONEA : rete sociale presente, servizi di prossimità garantiti dal vicinato in modo continuativo; PARZIALMENTE IDONEA: presenza di una rete sociale e amicale che occasionalmente supporto l’utente nelle sue necessità; NON IDONEA: assenza di rete sociale a supporto.*
4. *Grado di inclusione sociale: ALTO: utente ben integrato nella comunità di appartenenza; MEDIO : utente parzialmente integrato nella comunità di appartenenza; BASSO: utente per niente integrato nella comunità di appartenenza.*