

# ECAD N° 19

SERVIZIO COMPETENTE:

ADS: Vestino

DSB di riferimento: Penne

## MODULO RICHIESTA (INTERVENTI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA)

***ALL'ENTE AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE VESTINO***

***Istituzione XIX Vestina***

***UFFICIO DI PIANO ECAD N. 19***

***via Regina Margherita, 6***

***Cap 65010 Comune Carpineto della Nora***

### DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a ..... Prov.  
(.....)

nazionalità:  italiana  unione europea

extracomunitaria:..... il ...../...../...../ residente a  
.....Prov. (.....)

Via/Piazza..... n° .....

Tel.:.....E-mail

.....

Codice Fiscale: | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Medico di medicina Generale: ..... Tel.:

.....

(\*) Riconosciuto: Persona Handicappata in situazione di gravità (art. 3, comma 3 L. 104/92) in data

.....

(\*) Allegare copia verbale

### DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a .....

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



(\*): Studente; Lavoratore/trice a tempo indeterminato; Lavoratore/trice a tempo determinato; Pensionato/a sociale; Pensionato/a; Disoccupato;  
 Altro: \_\_\_\_\_

Attuale situazione abitativa del candidato al progetto

da solo       in famiglia       in Comunità       altro:

.....

**A t t u a l m e n t e   u s u f r u i s c e   d e i   s e g u e n t i  
s e r v i z i :**

|                          | 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"/> | Sevizio di Aiuto alla Persona  |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> | P.L.N.A. (specificare):  |           |                |                      |
| <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"/> | Contributo per la Vita Indipendente (L.R. 57/2012)   |           |                |                      |
| <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"/> | Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica |           |                |                      |
| <input type="checkbox"/> | Altro:   |           |                |                      |

## Assistenza svolta da familiari e/o altra figura (assistente/care-giver)

### A R E E D E I B I S O G N I

---

#### 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<br>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"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE  |

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO     | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                   |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO          | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA            |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI                             |  |

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento ed alla protezione dei dati personali, 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 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.

- ❖ 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).
- ❖ Allega alla presente domanda:
  - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE socio-sanitario ai sensi dell'art. 6 DPCM 153/2013) in corso di validità;
  - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92
  - Certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
  - 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 le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio.

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..

### M o d a l i t à   d i   p a g a m e n t o

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

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

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

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



## 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 \_\_\_\_\_

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.

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 \_\_\_\_\_