**ALLEGATO B ALL’AVVISO**

**MODULO RICHIESTA INTERVENTI IN CASO DI UTENTI DECEDUTI**

**A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**Annualità 2022 del fondo**

**PERIODO DI RIFERIMENTO PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

**DAL 01.01.2023 AL 31.12.2023**

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

**All’ADS n. 12 Sangro-Aventino**

**ECAD Unione Montana dei Comuni del Sangro**

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**  Il/la sottoscritto/a ……………………………………..............nato/a a …………………………. Il……/……/…….  Residente a …………………………………… (…….) Via/Piazza …………………………………….......................  Tel.………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………….  Codice Fiscale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  **🞎 Familiare 🞎 Tutore, 🞎 Amministratore di sostegno, 🞎 Altro (specificare)**……………………………..  Del Sig./Sig.ra……………………………………….......... nato/a ………………………………. Il……/……/……./  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** |

|  |
| --- |
| **CHIEDE**  **PER L’ANNUALITA’ 2022 DEL FONDO**  **PERIODO DI RIFERIMENTO PER LA CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**  **DAL 01.01.2023 AL 31.12.2023**  **(barrare richiesta):**  □ ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITA’ GRAVE   * 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 |

|  |
| --- |
| **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)** | |  | |  |  |  | | **□** | Servizio assistenza Domiciliare - SAD |  |  |  | | **□** | Assistenza Infermieristica Domiciliare |  |  |  | | **□** | Sevizio di Aiuto alla Persona |  |  |  | | **□** | Trasporto |  |  |  | | **□** | Buoni Servizio |  |  |  | | **□** | Centro Diurno / Laboratorio |  |  |  | | **□** | Benefici ai sensi dell’HCP |  |  |  | | **□** | Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico |  |  |  | | **□** | Altro: |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura (assistente/care giver)** | | |
|  |  |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AREE DEI BISOGNI** | | | |
|  | | | |
| **AREA AUTONOMIA PERSONALE** | | | |
| * ALZARSI DAL LETTO * LAVARSI LE MANI * FARE IL BAGNO O DOCCIA * SEMPLICI INTERVENTI SANITARI * CORICARSI | * USO DEL WC * LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI * VESTIRSI O SPOGLIARSI * GESTIONE CATETERE * MANGIARE, BERE | | * LAVARSI IL VISO * IGIENE INTIMA * ASSISTENZA NOTTURNA * GESTIONE DEGLI AUSILI * ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **AREA AUTONOMIA DOMESTICA** | | | |
| * PULIRE LA CASA * GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI | * PREPARARE I PASTI * ALTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | * FARE LA SPESA |
| **AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA** | | | |
| * SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL’ABITAZIONE * UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI * ATTIVITA’ RELATIVA AL TEMPO LIBERO * ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO * ATTIVITA’ DI TEMPO LIBERO * VIAGGI | | * GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE * PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ CULTURALI * DISBRIGO DI PRATICHE BUROCRATICHE * ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA * ATTIVITA’ CULTURALI * 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 posseduto, se l’interessato opta per tale scelta;   + Certificato di decesso;   + Certificazione attestante la condizione di invalidità / disabilità del deceduto;   + Permesso di soggiorno del deceduto se del caso;   + Dichiarazione resa ai sensi dell’art. 47 del DPR 445/2000 dei nominativi e recapiti degli eredi aventi diritto / di rinuncia degli eredi aventi diritto;   + Dichiarazione che nel periodo contemplato, l’utente non sia stato ricoverato presso strutture socio-assistenziali o ospedalizzato per lunga degenza, che l’erogazione monetaria sia effettuata in ragione di servizi non erogati, che sulla base dell’accordo di fiducia già sottoscritto, vi sia un riscontro circa le spese effettivamente sostenute per l’acquisto dei servizi ;   + Se ricorre: attestazione del servizio sociale professionale che ha avuto in carico il nucleo familiare, dell’avvenuta diretta prestazione delle cure assistenziali da parte del familiare di riferimento;   + Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.   + Modello Privacy   + Copia IBAN del C/C bancario o postale (no libretto postale) intestato all’erede/agli eredi; * 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.   **INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI**  Il Trattamento dei dati personali degli utenti verrà effettuato, in conformità con il Regolamento generale sulla protezione dei dati personali dell’Unione Montana dei Comuni del Sangro e con la coerente normativa nazionale vigente; esso verrà effettuato esclusivamente per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di servizi i alla persona, 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 e del Responsabile esterno, contattando direttamente l’Unione Montana dei Comuni del Sangro all’indirizzo pec di seguito indicato: [unionemontanadeicomunidelsangro@legpec.it](mailto:unionemontanadeicomunidelsangro@legpec.it) .  Prima di sottoscrivere il presente modulo voglia prendere visione dell'informativa completa sul trattamento dei dati.  **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 all’Unione Montana dei Comuni del Sangro – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento atto a 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |