

ECAD N. 9

Ambito Distrettuale Sociale: Val di Foro

DBS di riferimento: _____

All'Ente Capofila di Ambito Distrettuale
Sociale n.9 "Val di Foro"

Ufficio di Piano ECAD n. 9

Corso Roma, n. 7

66023 Francavilla al Mare (CH)

MODULO RICHIESTA PER L'ACCESSO AGLI ASSEGNI DI DISABILITÀ GRAVISSIMA FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (F.N.N.A.) ANNO 2018

DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ a _____ Prov.(_____),

nazionalità: italiana unione europea extracomunitaria:

residente a _____ prov. ____ Via/Piazza _____

n° _____ tel. _____

email _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale _____

(* Riconosciuto: Persona disabile 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 _____ a _____

residente a _____ Prov. __ via/piazza _____

n° _____ tel. _____ C.F.: _____

email _____

familiare; tutore; amministratore di sostegno; altro (specificare)

.....

Del Sig./sig.ra _____ nato/a il _____ a _____

residente a _____ Prov. __ via/piazza _____

n° _____ C.F.: _____

Recapito telefonico _____

Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

Area B INTERVENTI ECONOMICI AI SENSI ART. 3 DECRETO MINISTERO D.L.E P.S

B. 1. ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIMA(barrare una richiesta):

- B.1.1.** Assegno di disabilità gravissima per le persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica);
- B.1.2.** Assegno di disabilità gravissima per le persone in condizione di disabilità gravissima, di cui all'art. 3 D.M. del 26/09/2016, incluse le persone in stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette da Morbo di Alzheimer in tale condizione;
- B.2.** A.D.I. Assistenza Domiciliare Integrata S.L.A. e Disabilità gravissima;
- B.3.** A.D.S.A. Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale S.L.A. e Disabilità gravissima

A tal fine dichiara:

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e nome	Data nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale	ISEE

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

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Assistenza svolta dai familiari e/o altra figura(Assistente / Care-giver):

Il/la sottoscritto/a informato/a ai sensi dell'art. 13 del 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 all'Ufficio di Piano dell'Ente d'Ambito Sociale Distrettuale n. 9 "Val di Foro":

- **si impegna** a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato;

- **allega** alla presente domanda:

- Copia certificazione di Invalidità al 100% e 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;**
- Fotocopia documento di identità, in corso di validità, del beneficiario;**
* nei casi di persona con disabilità gravissima, rappresentati da terzi: copia documento di identità in corso di validità del richiedente – Care giver, e/o copia del provvedimento emanato da parte del Giudice Tutelare o altra documentazione che legittimi il richiedente a rappresentare la persona affetta da disabilità gravissima;
- Certificazione ISEE, in corso di validità, da produrre entro la data di sottoscrizione dell'Accordo di Fiducia;**
- Certificazione di diagnosi definitiva della patologia di cui l'assistito è affetto;**
- Eventuale altra documentazione sanitaria ritenuta utile ai fini della valutazione:** _____

- **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 tipologie finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio;

- **dichiara, inoltre**, di aver già usufruito dell'Assegno di cura per la Disabilità Gravissima, di cui al P.L.N.A. annualità 2016:

- SI**
 NO

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs. 196/2003.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____, ai sensi del Regolamento n. 679/2016 UE (GDPR) e del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti e dai Regolamenti comunali in materia.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 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 del D.Lgs. 196/2003, 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 comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del predetto 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/la sottoscritto/a può esercitare i diritti di conoscere, integrare ed aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano dell'Ente d'Ambito Distrettuale Sociale n. 9 "Val di Foro" e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli artt. 81e 82 del D.Lgs. 196/2003e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili per le finalità di cui alla presente istanza.

Data ____ / ____ / _____

Firma _____