**MODULO RICHIESTA INTERVENTI**

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

**Annualità 2020**

**Al Comune di CAPPELLE SUL TAVO**

 **Piazza Marconi 24**

**65010 - Cappelle sul Tavo (PE)**

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE SE LA DOMANDA È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**Il/la sottoscritto/a……………………………………………… nato/a a ………………………….... Prov. (……..)il…….……/…….……/……….…/,nazionalità: 🞎italiana 🞎unione europea 🞎extracomunitariaresidente a …………………………………………………………………............................................ Prov. (…….)Via/Piazza …………………………………………………………………………………………………… n° …………Tel.: …………………………………………………… E-mail ………………………………………………………………Codice Fiscale: |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|Medico di medicina Generale: ……………………………………………..…………….. Tel.: ……………………… |

|  |
| --- |
| **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.: …………………………………. |

|  |
| --- |
| **CHIEDE****PER L’ANNO 2020****(barrare richiesta):**□ ASSEGNO DI CURA A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI SENZA LIMITE DI ETÀ IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ PARI AL 100% CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO* 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 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Attuale situazione abitativa del candidato al progetto□ da solo □ in famiglia □ in Comunità □ altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nell’annualità di riferimento 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 |  |  |  |
| **□** | Inserimento Lavorativo / Formativo |  |  |  |
| **□** | 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
 |

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a 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 all’Ufficio di segreteria del Comune di residenza:* Si impegna a comunicare all’Ufficio sociale del Comune l‘eventuale ricovero del diretto interessato
* **Allega alla presente domanda:**
	+ Indicatore della Situazione Economica Equivalente Ordinario (ISEE);
	+ 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.
* 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.

**Modalità di pagamento****BANCA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Agenzia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conto Corrente n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codice IBAN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Conto Corrente Postale n°:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **intestato a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)-****La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 per la protezione dei dati personali.**Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cappelle sul Tavo che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:**Telefono: 0854471217 Indirizzo PEC: cappellesultavo@pec.it**Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@sineinformatica.it**Il trattamento dei dati personali viene effettuato dal Comune di Cappelle sul Tavo per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 lettera e del Regolamento 2016/679). I suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l’ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l’osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo. I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati. Potrà far valere, in qualsiasi momento, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l’aggiornamento e la cancellazione, al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell’interessato, o per l’accertamento, l’esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, presso i contatti sopraindicati. Ha diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità. Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è facoltativo; tuttavia qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile considerare la sua candidatura ed eventualmente erogare il beneficio sopra indicato. Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.***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 Cappelle sul Tavo 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |