

Al Comune di \_\_\_\_\_  
Alla Cortese Attenzione  
del Responsabile dei Servizi Socio-Assistenziali-Sanitari

All'Ente di Ambito Sociale n. 12  
"Sangro Aventino"  
Alla Cortese Attenzione  
Del Responsabile dell'Ufficio di Piano

OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNO DISABILITA' GRAVISSIME - Piano Locale per la Non Autosufficienza – Annualità 2020.

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

|   |
|---|
| Il/La sottoscritto _____ nato/a _____   |
| Prov. _____ il _____,   |
| Nazionalità :   |
| <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> unione europea <input type="checkbox"/> extracomunitaria |
| Residente a _____ Prov. _____   |
| Via / Piazza _____ n° _____   |
| Tel. _____ e-mail _____   |
| Codice Fiscale _____  |
| Medico di Medicina Generale _____   |
| Tel _____ ;   |
| Riconosciuto:   |
| – Persona invalida al 100% con indennità di accompagnamento ( 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     extracomunitaria  
Residente 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 accompagnamento ( 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

a) 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.

b) la situazione abitativa del candidato al progetto è la seguente:

vive da solo  vive in famiglia  altro \_\_\_\_\_

c) attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

| TIPOLOGIA DEI SERVIZI FRUITI  | SOGGETTO EROGATORE (*) | H SETTIMANALI FRUITE | ENTITA' DEL CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE /UNA TANTUM FRUITO |
|---|------------------------|----------------------|---|
| <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"/> Servizio di Aiuto alla Persona                           |                        |                      |   |
| <input type="checkbox"/> Assegno di Cura  |                        |                      |   |
|   |                        |                      |   |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trasposto  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Buoni Servizio   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Servizio di volontariato   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Centro Diurno  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Progetto di inserimento lavorativo   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e /o Extra Scolastico                 |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contributo SLA   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente ( L.R. 57/2012)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contributo Vita Indipendente Sperimentale  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contributo Disabilità Gravissime   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni Prevalenti Home Care Premium   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni Integrative Home Care Premium  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Contributo per il care-giver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Svolta dai familiari  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Assistenza Svolta da assistente/care-giver   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Altro:   |  |  |  |

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

---

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;
- autocertificazione stato di famiglia;
- certificazione ISEE socio-sanitario (a norma del regolamento unico di accesso ai servizi di Ambito) in corso di validità o DSU da integrare con ISEE socio-sanitario entro e non oltre il 16/11/2021;
- Allegato 1;
- (se ricorre) copia della documentazione attestante la fruizione di servizi di cura a carattere privato (copia contratto di lavoro badante);
- (se ricorre) per gli utenti già valutati dall'UVM per la medesima misura, ovvero, per i beneficiari dell'assegno disabilità gravissima Fondo Annualità 2019, 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

\_\_\_\_\_

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:

| DESCRIZIONE CRITERIO                                       |   |  | PUNTEGGIO ATTRIBUITO |
|--|---|--|----------------------|
| Situazione Socio-Familiare e sostegno personale quotidiano | Deficitaria   | Soggetto privo di rete familiare, parentale e sociale<br>PUNTI 15  |                      |
|  | Parzialmente Deficitaria  | Soggetto assistito alternativamente da caregiver, familiari, parenti, rete sociale<br>PUNTI 10                                       |                      |
|  | Per nulla Deficitaria   | Soggetto adeguatamente assistito all'interno del nucleo familiare e attraverso la rete parentale e sociale di riferimento<br>PUNTI 5 |                      |
| Condizioni socio-ambientali                                | Soggetto che vive fuori dal centro urbano, in luogo isolato e non servito<br>PUNTI 12 |  |                      |
|  | Nucleo che vive fuori dal centro urbano, ma in luogo servito<br>PUNTI 9               |  |                      |
|  | Nucleo che vive nel centro urbano non servito<br>PUNTI 6                              |  |                      |
|  | Nucleo che vive nel centro urbano e servito<br>PUNTI 3                                |  |                      |
| Altri interventi Di cui l'utente usufruisce                | Non è seguito da alcun servizio<br>PUNTI 15   |  |                      |
|  | Già seguito da servizi sociali o sanitari territoriali<br>PUNTI 10                    |  |                      |
|  | Già beneficiario di assegno di cura e/o di altre misure economiche<br>PUNTI 5         |  |                      |
| Condizione economica                                       | Fasce ISEE  | Da 0 ,00 a 6.000,00 PUNTI 58   |                      |
|  |   | Da 6.000,01 a 12.000,00<br>PUNTI 40  |                      |
|  |   | Da 12.000,01 a 18.000,00<br>PUNTI 30   |                      |

|                                    |  |                                      |  |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                                    |  | Da 18.000,01 a 24.000,00<br>PUNTI 20 |  |
|                                    |  | Da 24.000,01 a 30.000,00<br>PUNTI 10 |  |
|                                    |  | Da 30.000,01 e oltre<br>PUNTI 8      |  |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO</b> |  |                                      |  |

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

OGGETTO: Autodichiarazione attestante il godimento del contributo "Assegno Disabilità Gravissima".

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, nel corso dell'annualità 2021 ha beneficiato del contributo di cui all'oggetto a valere sul Fondo PLNA annualità 2019 per complessivi € :

4.800,00

5.520,00

6.720,00

8.160,00

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**