Spett.le Comune di Spoltore
Ecad dell'Ads n. 16 Metropolitano

ALLEGATO A

DOMANDA PER L'ACCESSO AI SERVIZI ED INTERVENTI ASSISTENZIALI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI A VALERE SUL FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA)

Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza – PNA 2022-2024 - Annualità 2024
DGR Regione Abruzzo n. 149 del 20/03/2023, integrato con successive DGR n. 790 del 22.11.2023 e DGR n. 506/2026

1. Da compilare se la domanda non è presentata dal beneficiario:

Cognome e nome	_____
Nato/a a – il	_____ il ____/____/_____
Codice fiscale	_____
Residenza	Comune _____ Via/Piazza _____ n. ___
Recapiti	Tel. _____ E-mail _____

In qualità di:

☐ componente del nucleo familiare
☐ caregiver familiare
☐ tutore / curatore / amministratore di sostegno
☐ altro soggetto formalmente legittimato alla rappresentanza dell'interessato:

Dati della persona beneficiaria

Cognome e nome	_____
Nato/a a – il	_____ il ____/____/_____
Codice fiscale	_____
Residenza	Comune _____ Via/Piazza _____ n. ___
Recapiti	Tel. _____ E-mail _____
Età alla data della domanda	_____ anni

2. Da compilare se la domanda è presentata dal beneficiario:

Cognome e nome	_____
Nato/a a – il	_____ il ____/____/_____
Codice fiscale	_____
Residenza	Comune _____ Via/Piazza _____ n. ___
Recapiti	Tel. _____ E-mail _____
Età alla data della domanda	_____ anni

3. Condizione dichiarata ai fini dell'accesso

☐ Persona con disabilità gravissima ai sensi dell'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016.

☐ Persona anziana non autosufficiente, di età superiore a 65 anni, con alto bisogno assistenziale.

☐ Persona anziana ultrasessantacinquenne non autosufficiente con basso bisogno assistenziale

☐ Persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

☐ Persona anziana con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione

Il/la richiedente prende atto che la riconducibilità alla platea dei destinatari e l'appropriatezza dell'intervento sono accertate dai servizi competenti e dalla UVM nell'ambito della valutazione multidimensionale.

4. Situazione ISEE

Tipologia ISEE	☐ ISEE in corso di validità per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria ☐ ISEE ordinario in corso di validità
Valore ISEE	€ _____
Data attestazione	____/____/_____
Beneficiario	☐ adulto ☐ minorenne

5. Intervento richiesto / preferenza espressa

☐ Assegno di cura per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (€ 600,00–€ 850,00 mensili), con obbligo di rendicontazione delle spese ammissibili.

☐ Assegno di cura a sostegno del caregiver familiare (€ 150,00–€ 400,00 mensili), non soggetto a rendicontazione della spesa.

6. Informazioni utili alla valutazione della copertura assistenziale

Servizi domiciliari pubblici/pubblicamente finanziati attivi	☐ No ☐ Sì – indicare: _____
Home Care Premium	☐ No ☐ Sì
Frequenza centro diurno / servizio socio educativo	☐ No ☐ Sì – indicare: _____

Ore settimanali complessive di assistenza computabile	_____ ore/settimana
Altri interventi non sanitari in godimento	_____

7. Caregiver familiare e rete di supporto

☐ È presente un caregiver familiare, i cui dati sono riportati nell'Allegato C.

☐ Non è presente un caregiver familiare.

Altri familiari o persone significative disponibili all'assistenza (indicare relazione, vicinanza/distanza, disponibilità e ogni elemento utile):

_____
_____
_____

8. Dichiarazioni del richiedente

☐ che la persona beneficiaria è residente in un Comune dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 16 "Metropolitano";

☐ di essere consapevole che l'ammissione agli interventi è subordinata alla valutazione multidimensionale e alla disponibilità delle risorse FNA assegnate all'Ambito;

☐ di essere consapevole che l'inserimento nell'elenco degli idonei non determina automaticamente il diritto all'erogazione del beneficio in caso di insufficienza delle risorse;

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione rilevante, compresi ricoveri, inserimenti in strutture, trasferimenti di residenza e modifiche della situazione assistenziale;

☐ di consentire i controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 71 e seguenti del D.P.R. n. 445/2000 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni non veritiere.

9. Prestazioni economiche potenzialmente incompatibili

☐ **NON BENEFICIA**, per il medesimo periodo, di contributi regionali per caregiver di minori in età pediatrica affetti da malattie rare ai sensi della L.R. Abruzzo n. 43/2016 né di contributi per progetti di Vita Indipendente ai sensi della L.R. Abruzzo n. 57/2012.

Ovvero

BENEFICIA di una delle prestazioni di seguito indicate:

☐ contributi regionali a favore dei caregiver che assistono minori in età pediatrica affetti da malattie rare ai sensi della L.R. n. 43/2016:

☐ contributi erogati per la Vita Indipendente ai sensi della L.R. n. 57/2012.

Il/la richiedente prende atto che l'eventuale incompatibilità sarà gestita in sede di PAI secondo la disciplina vigente.

10. Documentazione allegata

☐ copia del documento di identità del beneficiario e, se diverso, del soggetto che presenta la domanda;

☐ attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;

☐ documentazione attestante la condizione di disabilità/non autosufficienza rilevante ai fini dell'accesso;

☐ verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, ove pertinente;

☐ certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992, ove pertinente;

☐ provvedimento di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno, ove pertinente;

☐ Allegato C – Dichiarazione caregiver, ove presente;

☐ altra documentazione utile: _____.

Dichiarazione sul trattamento dei dati

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 utilizzati e comunicati anche alla Regione Abruzzo, per lo svolgimento delle fase endoprocedimentali rientranti nella competenza dello stesso Ente. I suddetti dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea. Il soggetto potrà esercitare i diritti di cui al succitato Regolamento UE 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 nell'art. 21 del Regolamento UE n. 679/2016. L'interessato può proporre una segnalazione o un reclamo, in materia di Trattamento dei dati personali, all'Autorità di Controllo Garante Privacy.

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 Decreto Legislativo.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'Ads n. 16 Metropolitano le ragioni di impossibilità ad usufruire del beneficio o eventuali variazioni rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Avviso pubblico e di essere consapevole che i dati forniti saranno trattati dall'ECAD esclusivamente per le finalità connesse alla gestione dell'intervento.

Con particolare riferimento ai dati relativi alla salute, il richiedente dichiara di essere consapevole che gli stessi saranno trattati esclusivamente nei limiti necessari alla verifica dei requisiti di accesso e alla gestione del beneficio, nel rispetto della normativa vigente.

Luogo e data: _____

Firma: _____