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

ALLEGATO B

DOMANDA PER L'ACCESSO AI SERVIZI ED INTERVENTI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE 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

DOMANDA DA COMPILARE A CURA DEL CAREGIVER FAMILIARE CONVIVENTE DELLA PERSONA DECEDUTA

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

Dati della persona DECEDUTA assistita in condizione di disabilità gravissima

Cognome e nome	_____
Nato/a a – il	_____ il ____/____/_____
Codice fiscale	_____
Ultima Residenza	Comune _____ Via/Piazza _____ n. ___

DECEDUTO/A	IL_____ A _____
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	NOME E COGNOME_____ Tel. _____

IN QUALITA' DI CAREGIVER FAMILIARE **CONVIVENTE** DI:

NOME E COGNOME_____

Situazione ISEE della persona assistita DECEDUTA

Tipologia ISEE	☐ ISEE in corso di validità per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria ☐ ISEE ordinario in corso di validità ☐ ISEE (anno 2025) per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria ☐ ISEE ordinario (anno 2025)
Valore ISEE	€ _____
Data attestazione	____/____/_____
Beneficiario	☐ adulto ☐ minorenne

Informazioni utili alla valutazione della copertura assistenziale

Servizi domiciliari pubblici/pubblicamente finanziati fruiti	☐ 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 nel periodo di riferimento della continuità assistenziale	_____

DICHIARA

CHE IL DE CUIUS E'STATO: (barrare tutte le caselle se in possesso del requisito)

- ☐ beneficiario dell'assegno per la disabilità gravissima a valere sulle risorse del Fondo nazionale non autosufficienza – Annualità 2022/2023 (anno di erogazione del fondo 2025) per un importo complessivo pari a euro _____
- ☐ è stato sottoposto a Valutazione Multidimensionale, con relativa sottoscrizione di Accordo di Fiducia, in data _____
- ☐ che, nel periodo oggetto della richiesta di ristoro, la persona con disabilità gravissima non è stata ricoverata presso strutture socioassistenziali né è stata ospedalizzata per periodi di lunga degenza;

A TAL FINE CHIEDE

IN RAGIONE DEL PRINCIPIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- ☐ un ristoro delle spese sostenute per il mantenimento presso il domicilio della persona con disabilità gravissima, dal 1° gennaio 2026 fino alla data del decesso, impegnandosi a produrre idonea documentazione comprovante le spese effettivamente sostenute per l'assistenza domiciliare della persona con disabilità gravissima;
- ☐ un ristoro forfettario pari a euro 150,00 mensili, per ciascun mese o frazione di mese in cui la persona con disabilità gravissima sia rimasta in vita nel periodo oggetto della richiesta, non potendo produrre idonea documentazione comprovante le spese effettivamente sostenute per l'assistenza domiciliare della persona con disabilità gravissima;

Dichiarazioni del richiedente

- ☐ **Di essere consapevole** che il ristoro, sia documentato sia forfettario, non costituisce un diritto a un importo predeterminato ed è subordinato alla disponibilità delle risorse residue, alla posizione conseguita nella graduatoria separata e all'esito positivo delle verifiche istruttorie effettuate dall'ECAD.
- ☐ **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.

Modalità di pagamento

BANCA: _____

Agenzia: _____

Conto Corrente n°: _____

intestato a: _____

Codice IBAN:

_____

Conto Corrente Postale n°: _____

intestato a: _____

Documentazione allegata

☐ copia del documento di identità del soggetto che presenta la domanda;

☐ copia del documento di identità della persona deceduta;

☐ ultima attestazione ISEE sociosanitario in possesso della persona deceduta;

☐ documentazione comprovante le spese effettivamente sostenute per l'assistenza domiciliare della persona con disabilità gravissima.

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: _____