

**MODULO DI RICHIESTA INTERVENTI PLNA 2016 (D.G.R. N. 852 DEL 15.12.2016)**

**Piano Locale per la Non Autosufficienza – Anno 2016**

Alla Comunità Montana "Montagne Pescaresi"

Via delle Mura

65023 Caramanico Terme (Pe)

**OGGETTO: Richiesta attivazione PLNA – anno 2016**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... Prov. (.....)

il ..... Residente a ..... Prov. (.....)

Via/plazza .....

Tel..... e-mail.....

Codice Fiscale .....

Medico di Medicina Generale: .....

**(\*) Riconosciuto : Persona Handicappata in situazione di gravita' ( L. 104/92) in data .....**

(\*) Allegare copia verbale

**CHIEDE**

L'ATTIVAZIONE del seguente istituto DEL PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

A

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO ASSISTENZIALE

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

SERVIZIO DI AIUTO PERSONALE

TELESOCCORSO- TELEASSISTENZA

TRASPORTO

CENTRI DIURNI

ASSEGNO DI CURA

ASSEGNO VITA INDIPENDENTE ( incompatibile con l'erogazione del contributo previsto dalla L.R. 57 del 23/11/2012)

B

ASSEGNO DI DISABILITA'GRAVISSIMA PER LE PERSONE AFFETTE DA S.L.A.

ASSEGNO DI DISABILITA' GRAVISSIMA A FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE

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) .....

CHIEDE

La predisposizione del predetto intervento relativo Piano Locale per la Non Autosufficienza in favore del

Sig./Sig.ra ..... nato/a il .../.../... a .....  
 Residente in ..... (.....) Via /Piazza/C.da .....  
 Codice Fiscale || ..... ||  
 Recapito telefonico.....  
 Medico di Medicina Generale: ..... Tel .....  
 Già' riconosciuto/a : "Persona Handicappata In situazione di gravita'" come da verbale che si unisce in copia  
 A tal fine dichiara:

Composizione 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: .....

Attualmente usufruisce dei seguenti servizi:

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	€uro
<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"/> P.L.N.A.			
<input type="checkbox"/> Assegno di Cura e Assistenza			
<input type="checkbox"/> Trasporto			
<input type="checkbox"/> Buoni Servizio			
<input type="checkbox"/> Disponibilita di Obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo/Informativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico e/o extra scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			

ASSISTENZA SVOLTA DAI FAMILIARI


AREE DEI BISOGNI

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALZARSI DAL LETTO                             | <input type="checkbox"/> USO DEL WC                                    | <input type="checkbox"/> LAVARSI IL VISO       |
| <input type="checkbox"/> LAVARSI LE MANI                               | <input type="checkbox"/> LAVARSI I CAPELLI E PETTINARSI                | <input type="checkbox"/> IGIENE INTIMA         |
| <input type="checkbox"/> FARE IL BAGNO O DOCCIA                        | <input type="checkbox"/> VESTIRSI O SPOGLIARSI                         | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA NOTTURNA   |
| <input type="checkbox"/> SEMPLICI INTERVENTI SANITARI                  | <input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE                             | <input type="checkbox"/> GESTIONE DEGLI AUSILI |
| <input type="checkbox"/> CORICARSI                                     | <input type="checkbox"/> MANGIARE, BERE                                | <input type="checkbox"/> ALTRO: .....          |
| <input type="checkbox"/> PULIRE LA CASA                                | <input type="checkbox"/> PREPARARE I PASTI                             | <input type="checkbox"/> FARE LA SPESA         |
| <input type="checkbox"/> GESTIRE LA PRESENZA DI OSPITI                 | <input type="checkbox"/> ALTRO:  |  |
| <input type="checkbox"/> SPOSTARSI IN CARROZZINA FUORI DALL'ABITAZIONE | <input type="checkbox"/> GUIDA DEL MEZZO A DISPOSIZIONE                |  |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO DEI MEZZI PUBBLICI ACCESSIBILI       | <input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE ATTIVITA' CULTURALI            |  |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' RELATIVA AL TEMPO LIBERO            | <input type="checkbox"/> DISBRIGO DI PRATICHE BUCROCRATICHE            |  |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO                | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA IN AMBITO SCOLASTICO/UNIVERSITARIO |  |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' SPORTIVE                            | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                           |  |
| <input type="checkbox"/> UTILIZZO STRUMENTI INFORMATICI                | <input type="checkbox"/> ACCOMPAGNAMENTO FUORI CASA                    |  |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO                     | <input type="checkbox"/> VIAGGI  |  |

ASSISTENZA PERSONALE

n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, per n. \_\_\_\_\_ settimane. Totale complessivo ore \_\_\_\_\_  
Periodo in cui viene realizzato l'intervento: dal mese di \_\_\_\_\_ al mese di \_\_\_\_\_

ASSUNZIONE DELL'ASSISTENTE FAMILIARE  
(Barrare solo una delle due voci)

- avvenuta in data \_\_\_\_\_ (obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro)
- si garantisce la regolare assunzione, mediante contratto da presentare successivamente, dopo la comunicazione di ammissione al contributo da parte dell' E.A.S.

Costo complessivo del progetto	€ .....
Eventuale contributo della famiglia o di terzi	€ .....
Totale richiesta finanziamento	€ .....

BREVE DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEL PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE  
( da utilizzare solo per il Progetto di Vita Indipendente)

OBIETTIVI DI VITA AUTONOMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AZIONE ED INTERVENTI RICHIESTI \_\_\_\_\_

RISULTATI ATTESI: \_\_\_\_\_

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 dell'Ente di Ambito Sociale:

- Si impegna a comunicare all'EAS l'eventuale ricovero del diretto interessato
- Allega alla presente domanda:
  - Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE);
  - Certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/92;
  - Certificato di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento;
  - Fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del richiedente.
- Dichiaro, in caso di ammissione a finanziamento, di rinunciare ad ogni altra forma di contribuzione economica disposta dalla Regione Abruzzo.

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

**Modalità di pagamento**

BANCA \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_

Conto corrente n° \_\_\_\_\_ Intestato a: \_\_\_\_\_

Codice IBAN : \_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale n° \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN : \_\_\_\_\_

(Data e firma)

**Consenso al trattamento dei dati sensibili**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti comunali in materia.

(Data e firma)

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR.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 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 sottoscritto 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 dell'Ente di Ambito Sociale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario di Scafa.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO:**

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

Data.....

Firma .....

Firma .....