



**A t a l f i n e d i c h i a r a :**

**C o m p o s i z i o n e d e l N u c l e o F a m i l i a r e**

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: .....

**A t t u a l m e n t e u s u f r u i s c e d e i s e g u e n t i s e r v i z i :**

Tipologia Servizi	Erogatore	h. settimanali	Euro
<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"/> Disponibilità di obiettori di Coscienza/Volontariato			
<input type="checkbox"/> Centro Diurno / Laboratorio			
<input type="checkbox"/> Inserimento Lavorativo / Formativo			
<input type="checkbox"/> Servizio Socio Assistenziale Scolastico e/o Socio Educativo Scolastico e/o Extra Scolastico			
<input type="checkbox"/> Contributo SLA / Dipendenza Vitale			
<input type="checkbox"/> Altro:			

**A s s i s t e n z a s v o l t a d a i f a m i l i a r i**


**A R E E D E I B I S O G N I****AREA AUTONOMIA PERSONALE**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <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: _____          |

**AREA AUTONOMIA DOMESTICA**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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: _____      |  |

**AREA AUTONOMIA SOCIO-LAVORATIVA**

- |  |  |
|--|--|
| <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 BUROCRATICHE     |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SUL POSTO DI LAVORO                | <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SCOLASTICA O UNIVERSITARIA |
| <input type="checkbox"/> ATTIVITA' DI TEMPO LIBERO                     | <input type="checkbox"/> ATTIVITA' CULTURALI                   |
| <input type="checkbox"/> VIAGGI  | <input type="checkbox"/> 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 dell'Ente di Ambito Sociale Distrettuale 17:

- ❖ Si impegna a comunicare all'ECAD 17 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
  - 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 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, 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..

M o d a l i t à d i p a g a m e n t o

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

Conto Corrente n°: \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_

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

Conto Corrente Postale n°: \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_

◆-----◆  
**C o n s e n s o a l t r a t t a m e n t o d e i d a t i p e r s o n a l i**

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 \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro, ai sensi dell'art. 76 DPR 445/200 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 Distrettuale e al Punto Unico di Accesso del Distretto Sanitario di Scafa.

Firma \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_