

da utilizzare per

- riconoscimento del lavoro di cura del caregiver familiare individuato nella seguente persona, laddove risulti inserito nel progetto assistenziale individualizzato e coinvolto attivamente nei piani di assistenza alla persona non autosufficiente

caregiver familiare

Cognome

Nome

Codice Fiscale

- acquisto dei seguenti servizi, i voucher saranno utilizzati per l'acquisto di servizi per tramite dell'albo dei fornitori dell'ECAD

Voucher servizi

- un assistente familiare individuato nella seguente persona con l'impegno da parte del sottoscrittore di comunicare tempestivamente ogni variazione (decesso, aggravamento della stadiazione della malattia certificata dall'UVM, ricoveri e qualsiasi altro avvenimento utile relativo al malato) e di inoltrare all'ECA mensilmente copia della documentazione attestante le spese sostenute e per le quali si richiede l'assegno

familiare individuato

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

componente n. 1

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Rapporto di parentela

Professione

componente n. 2

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Rapporto di parentela

Professione

componente n. 3

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

componente n. 4

Cognome	Nome	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rapporto di parentela			
<input type="text"/>			
Professione			
<input type="text"/>			

l'attuale situazione abitativa del candidato al progetto

- da solo
- in famiglia
- in comunità
- altro

Specificare

che attualmente usufruisce dei seguenti servizi

Tipologia di servizi	Erogatore	Numero di ore settimanali	Contributo mensile	Tipologia d'intervento
<input type="checkbox"/> servizio assistenza domiciliare SAD (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza infermieristica domiciliare ADI (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assistenza programmata domiciliare (ADP – Medico curante)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> servizio di aiuto alla persona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> assegno di cura (FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> trasporto sociale (PDS/FNA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> buoni servizio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> disponibilità di obiettori coscienza/volontariato/stato civile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> centro diurno/laboratorio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> inserimento lavorativo/formativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> servizio socio assistenziale scolastico e/o socio educativo scolastico o extrascolastico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	contributo per la vita indipendente (L.R 57/2012)				€	
<input type="checkbox"/>	prestazione servizio ai sensi dell'home care premium (HCP)				€	
<input type="checkbox"/>	beneficio economico ai sensi dell'home care premium (HCP)				€	
<input type="checkbox"/>	contributo per il caregiver per l'assistenza familiare di minori affetti da malattie rare in età pediatrica				€	
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)				€	
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)				€	

che attualmente è autonomo nell'area personale

- alzarsi dal letto
- uso del wc
- lavarsi il viso
- lavarsi le mani
- lavarsi i capelli e pettinarsi
- igiene intima
- fare il bagno o la doccia
- vestirsi o spogliarsi
- assistenza notturna
- semplici interventi sanitari
- gestione catetere
- gestione degli ausili
- coricarsi
- mangiare e bere
- altro

Specificare

che attualmente è autonomo nell'area domestica

- pulire la casa
- preparare i pasti
- fare la spesa
- gestire la presenza di ospiti
- altro

Specificare

che attualmente è autonomo nell'area socio-lavorativa

- spostarsi in carrozzina fuori dall'abitazione
- guida del mezzo a disposizione
- utilizzo dei mezzi pubblici accessibili
- partecipazione ad attività culturali
- assistenza relativa al tempo libero
- disbrigo di pratiche burocratiche
- assistenza sul posto di lavoro
- assistenza scolastica o universitaria
- attività di tempo libero
- attività culturali
- viaggi
- accompagnamento fuori casa

di impegnarsi a comunicare all'ECAD l'eventuale ricovero del diretto interessato o eventuali variazioni della propria vita quotidiana e familiare rispetto alle condizioni presenti al momento della richiesta

di impegnarsi a dare comunicazione dell'eventuale beneficio della presente richiesta presso i canali comunicativi telematici in caso di percepimento di ulteriori benefici economici per le medesime finalità assistenziali (es home care premium, casellario dell'assistenza -SIUSS e SINA ecc)

che in caso di ammissione al finanziamento, di non cumulare il beneficio mensile concesso con altre forme di contributo economica regionale e nazionale concessa per le medesime tipologia e finalità per la non autosufficienza con la riserva di optare per un solo beneficio

COMUNICA

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
- certificazione di invalidità al 100% e indennità di accompagnamento
- altra certificazione attestante lo stato di non autosufficienza e disabilità gravissima
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Penne

Luogo

Data

il dichiarante