

	Amministrazione destinataria Ambito territoriale sociale di Larino - Comune di Larino
	Ufficio destinatario Ufficio di piano

Domanda di accesso al programma attuativo del fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA)

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				

CHIEDE

l'accesso al programma attuativo del fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA)

<input type="radio"/>	per se stesso																																																																																																																																																			
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o tutelato																																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Cognome</th> <th colspan="3">Nome</th> <th colspan="3">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th>Sesso</th> <th>Data di nascita</th> <th colspan="3">Luogo di nascita</th> <th colspan="3">Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <th colspan="9">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Comune</td> <td colspan="3">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Telefono cellulare</td> <td colspan="6">Telefono fisso</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Posta elettronica ordinaria</td> <td colspan="6">Posta elettronica certificata</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <th colspan="12">in qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="12">Ruolo</td> </tr> <tr> <td colspan="12"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome			Nome			Codice Fiscale												Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza											Residenza									Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP											<input type="checkbox"/>		Telefono cellulare					Telefono fisso																	Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata																	in qualità di (*)												Ruolo																							
Cognome			Nome			Codice Fiscale																																																																																																																																														
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita			Cittadinanza																																																																																																																																															
Residenza																																																																																																																																																				
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																																																																																																																									
										<input type="checkbox"/>																																																																																																																																										
Telefono cellulare					Telefono fisso																																																																																																																																															
Posta elettronica ordinaria					Posta elettronica certificata																																																																																																																																															
in qualità di (*)																																																																																																																																																				
Ruolo																																																																																																																																																				

(*) genitore, familiare, tutore, curatore o amministratore di sostegno

CHIEDE INOLTRE

<input type="radio"/>	di ricevere sostegno economico per l'acquisto del servizio di assistenza domiciliare										
<input type="radio"/>	di ricevere un contributo economico diretto per il seguente caregiver dell'importo mensile di 400,00 €										
Cognome			Nome			Codice Fiscale					
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza					
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare			Telefono fisso								
Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata								
<input type="radio"/>	di ricevere sostegno economico per l'acquisto del servizio di assistenza domiciliare										
<input type="radio"/>	l'accesso al trasporto o all'acquisto di ausili o presidi										

COMUNICA

il conto corrente bancario o postale o la carta prepagata sul quale accreditare l'eventuale contributo

IBAN	Intestatario	Eventuale cointestatario

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

- di aver preso visione dell'avviso pubblico e di averne accettato le condizioni
- di impegnarsi, nel caso di concessione del beneficio, a comunicare, in qualsiasi momento, all'ufficio competente del proprio Comune di residenza l'eventuale variazione del codice IBAN
- che il beneficiario interessato si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa gravissima rientrante in una delle seguenti patologie

<input type="radio"/>	condizione di coma, stato vegetativo (SV) oppure di stato di minima coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10
<input type="radio"/>	persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa
<input type="radio"/>	condizione di grave o gravissimo stato di demenza compreso il morbo di Alzheimer, con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4
<input type="radio"/>	lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B e nel caso di lesioni con esiti asimmetrici, entrambe le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B
<input type="radio"/>	condizione di gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala medical research council (MRC) o con punteggio alla expanded disability status scale (EDSS) ≥ 9 o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod e malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
<input type="radio"/>	deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore
<input type="radio"/>	condizione di gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5
<input type="radio"/>	diagnosi di ritardo mentale grave o profondo secondo classificazione DSM-5, con QI ≤ 34 e con punteggio sulla scala level of activity in profound, severe mental retardation (LAPMER) ≤ 8
<input type="radio"/>	ogni condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio tutti i giorni nelle 24 ore, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

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

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del verbale della commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento
<input checked="" type="checkbox"/>	copia della scala di valutazione Glasgow compilata
<input checked="" type="checkbox"/>	copia dell'attestazione ISEE in corso di validità completa della relativa DSU
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

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)

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

Larino

Luogo

Data

Il dichiarante