

**FORMULARIO DI DOMANDA DI ASSEGNAZIONE ALLE MISURE DI SOSTEGNO ECONOMICO  
PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E I LORO NUCLEI FAMILIARI****1. TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO PER CUI SI EFFETTUA LA RICHIESTA** ASCura – Assegno di cura**2. SOGGETTO RICHIEDENTE**A  Soggetto beneficiarioB  Soggetto munito di delegaC  PatronatoD  CAF

**Nota:** tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (DPR 445/2000); la documentazione cartacea comprovante i requisiti previsti dall'Avviso sarà consegnata successivamente a seguito di espressa richiesta da parte dell'Ambito territoriale competente.

**3. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE****SE SOGGETTO BENEFICIARIO O DELEGATO (Lett. A e B del punto 2)**Nome  Cognome Sesso M  F Luogo di nascita  Prov. Data di nascita giorno  mese  anno Luogo di residenza  Prov. Via/Corso/Strada  n. civ. Luogo di domiciliazione  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

CODICE FISCALE

IN QUALITA' DI

Soggetto beneficiario

Soggetto parente o affine del beneficiario

Specificare grado di parentela/affinità

munito di delega sottoscritta dal soggetto beneficiario in data

giorno  mese  anno

**SE PATRONATO O CAF (Lett. C e D del punto 2)**

Denominazione

Sede  Prov.

Via/Corso/Strada  n. civ.

munito di delega sottoscritta dal soggetto beneficiario in data

giorno  mese  anno

**4. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO BENEFICIARIO**

**(da compilare solo se diverso dal soggetto richiedente)**

Nome  Cognome

Sesso M  F

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita giorno  mese  anno

Luogo di residenza	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Via/Corso/Strada	<input type="text"/>	n. civ.	<input type="text"/>
Luogo di domiciliazione	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Via/Corso/Strada	<input type="text"/>	n. civ.	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		

#### 5. DATI RELATIVI AL NUCLEO FAMILIARE STABILMENTE CONVIVENTE CON IL SOGGETTO BENEFICIARIO

Componenti nucleo familiare stabilmente convivente n.   
(escluso soggetto beneficiario)

- Anziano/disabile solo
- Coppia di anziani/disabili

Minori presenti nel nucleo familiare di cui n.

- per ogni minore tra 0 e 36 mesi n.
- per ogni minore tra 4 e 17 anni n.
- entrambe le classi di età

#### 6. DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE ECONOMICA COMPLESSIVA DEL NUCLEO FAMILIARE

**Valore ISEE del nucleo familiare convivente, certificato in data non antecedente a un semestre dalla data di pubblicazione dell'Avviso Pubblico per l'assegnazione del contributo**

**Nota: l'utente si limiterà ad inserire l'importo in Euro, il sistema lo classificherà nella rispettiva fascia, al fine di procedere, in automatico, all'attribuzione del corrispondente punteggio**

**Valore ISEE**

tra 0 e 5.000,00 euro

**Valore ISEE**

tra 5.001,00 e 10.000,00 euro

**Valore ISEE**

tra 10.001,00 e 15.000,00 euro

**Redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2008**

tra 0 e 5.000,00 euro

tra 5.001,00 e 10.000,00 euro

tra 10.001,00 e 15.000,00 euro

**Altre entrate percepite dalla persona non autosufficiente**

Emolumenti a carattere previdenziale/assicurativo

specificare

IMPORTO ANNUO PERCEPITO \_\_\_\_\_

Emolumenti a sostegno economico al reddito familiare per la non autosufficienza

specificare

IMPORTO ANNUO PERCEPITO \_\_\_\_\_

Altro

specificare

IMPORTO ANNUO PERCEPITO \_\_\_\_\_

**Dichiara di non beneficiare di altre misure di sostegno al reddito familiare per la non autosufficienza promosse dalla Regione o dagli Enti Locali**

**7. DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO**  
**(Viene richiesta la presenza di almeno DUE delle seguenti condizioni di limitazione dell'autonomia)**

**(tutti questi dati vanno raccolti e conservati ma non elaborati)**

Dichiarazione relativa ai bisogni quotidiani a carico dei familiari o di altri care giver privati:

specificare rispetto alle seguenti attività della vita quotidiana:

**7.1. Area della mobilità**

***(determina la capacità della persona di muoversi nell'ambiente in cui si trova)***

**7.1.1. Si sposta da solo:**

(la persona è in grado di muoversi – anche per posizionarsi e spostarsi in carrozzina - senza l'aiuto di altre persone)

**7.1.2. Si sposta assistito:**

(la persona richiede assistenza o supervisione di altri per spostarsi)

**7.1.3. Non si sposta:**

(la persona necessita *per qualsiasi movimento* di un'assistenza continuativa da parte di altre persone)

**7.1.4. Eventuali note**.....

.....

.....

**7.2. Area dell'attività della vita quotidiana:**

***(Alimentazione/Igiene personale/Il vestirsi/L'uso del bagno)***

**7.2.1. Autonomo:**

(la persona è in grado di eseguire tutte le attività suindicate senza l'aiuto di altre persone)

**7.2.2. Parzialmente dipendente:**

(la persona richiede assistenza o supervisione di altri per svolgere almeno una delle attività suindicate)

**7.2.3. Totalmente dipendente:**

(la persona necessita quotidianamente *in tutte le attività suindicate* dell'aiuto di altre persone)

**7.2.4. Eventuali note**.....

.....

.....

**7.3. Disturbi dell'area cognitiva:**

*(determina il livello di vigilanza della persona e l'interazione con il mondo esterno, nonché la capacità di prendere le decisioni quotidiane)*

**7.3.1. Lievi:**

(la persona organizza e affronta la propria quotidianità, nel contesto in cui vive, in maniera coerente e ragionevole. Sono ammesse "difficoltà" solo se la persona è posta di fronte a nuovi compiti)

**7.3.2. Moderati:**

(la persona possiede un deficit che comporta una capacità parziale di decidere per sé in maniera autonoma; ha quindi bisogno di sollecitazioni, indicazioni, supervisione per affrontare la propria quotidianità di vita)

**7.3.3. Gravi:**

(la persona possiede un deficit di memoria, orientamento e attenzione tale da compromettere *severamente* le sue capacità cognitive; non è, quindi, in grado di prendere alcuna decisione per la vita quotidiana)

**7.3.4. Eventuali note**.....

.....

.....

**7.4. Necessità di cure sanitarie:**

*(la persona ha bisogno quotidianamente o per più giorni alla settimana di cure mediche e infermieristiche)*

**7.4.1. Bassa:**

(necessita di cure per 1 o 2 giorni alla settimana)

**7.4.2. Media:**

(necessita di cure per 3 o 4 giorni alla settimana)

**7.4.3. Alta:**

(necessita di cure per 5 o più giorni alla settimana)

**7.4.4. Eventuali note**.....  
 .....  
 .....

**7.5. Area della vita di relazione:**

*(determina la capacità della persona di comunicare con l'esterno)*

**7.5.1. Comunica con l'esterno:**

(la persona è in grado di comunicare autonomamente con l'esterno)

**7.5.2. Comunica parzialmente con l'esterno:**

(la persona necessita di assistenza o supervisione di altri per comunicare con l'esterno)

**7.5.3. Non comunica con l'esterno:**

(la persona non è in grado di comunicare con l'esterno senza ausilii specifici)

**7.5.4. Eventuali note**.....  
 .....  
 .....

**8. MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO**

Accreditamento su c/c

IBAN

Banca  Filiale/Agenzia di

Riscossione in contanti

presso

Via/Corso/Strada  n. civ.

Comune  Prov.

A mezzo assegno circolare

presso

Via/Corso/Strada  n. civ.

Città  Prov.

## 9. AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto