

SEGNALAZIONE DEL BISOGNO
ai sensi dell'art. 9 della legge regionale n. 66/08

Il sottoscritto, in nome e per conto proprio o nell'interesse della persona indicata al Quadro A,

CHIEDE

l'attivazione della procedura di valutazione della non autosufficienza, ai sensi dell'art. 9 della legge regionale n. 66/08, e la conseguente elaborazione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, e consapevole delle responsabilità penali di cui all'articolo 76 del suddetto D.P.R.,

DICHIARA quanto segue:

QUADRO A – DATI DELLA PERSONA INTERESSATA

(cognome) _____ (nome) _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. ____)

residente a _____

Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

e-mail _____

Stato civile (*contrassegnare una tra le seguenti diciture*) :

nubile/celibe coniugata/o separata/o divorziata/o vedova/o

Cittadinanza (*contrassegnare il caso che ricorre*):

italiana comunitaria del seguente paese dell'Unione Europea: _____
 extracomunitaria con permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di:

_____ il _____ con
scadenza il _____ (se scaduto, rinnovato il _____ con assicurata postale
_____)

Numero familiari conviventi _____

(Per conviventi s'intendono i familiari inseriti nel nucleo anagrafico, come riportato nello stato di famiglia)

Titolo di studio (*contrassegnare una tra le seguenti diciture*) :

nessuno licenza elementare media inferiore media superiore laurea o titoli
ulteriori

Presenza di personale destinato all'assistenza SI NO

Barrare SI, se la cura dell'anziano è svolta in tutto o in parte da personale assunto allo scopo (badante, assistente personale)

Residenza anagrafica presso una struttura residenziale di tipo assistenziale: SI NO

Eventuali certificazioni di disabilità (*contrassegnare i casi che ricorrono*):

- invalidità civile tra il 67% e il 100%
- invalidità civile al 100% con indennità di accompagnamento
- handicap in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92
- altro (*specificare*) _____

Reperibilità (*se diversa dalla residenza*)

Presso (cognome) _____ (nome) _____
Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____
Città _____ Tel. _____

Medico di Medicina Generale: _____ Tel. _____

Situazione familiare (indicare il coniuge e i figli, anche se non conviventi):

Nominativo	Luogo e data di nascita	Indirizzo, città di residenza, telefono	Rapporto di parentela con la persona interessata	Convivente con la persona interessata
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

QUADRO B – DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE PRESENTA LA DOMANDA

- La domanda è inoltrata direttamente dalla persona interessata indicata al Quadro A
 La domanda è inoltrata nell'interesse della persona interessata indicata al Quadro A da¹:
(cognome) _____ (nome) _____

nata/o il _____ a _____ (Prov. ___)

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

e-mail _____

Relazione con la persona interessata _____

In caso di domanda presentata da procuratore, tutore o amministratore di sostegno, indicare gli estremi dell'atto di nomina _____

QUADRO C – INVIO DELLE COMUNICAZIONI

Richiedo di ricevere le comunicazioni inerenti la presente domanda di valutazione:

- mediante invio al seguente recapito postale:

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Tel. _____

- mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) o posta elettronica ordinaria inviata al seguente indirizzo

N.B. In assenza di indicazioni le comunicazioni saranno inviate all'indirizzo di residenza della persona interessata di cui al quadro A

QUADRO D – SCOPO DELLA DOMANDA

- Prima domanda di valutazione della persona interessata
 Domanda di rivalutazione non programmata della condizione di non autosufficienza, della persona interessata presentata per le seguenti motivazioni:
 aggravamento della situazione sanitaria (allegare relazione del medico curante o specifica documentazione specialistica che la attesti);

¹ I soggetti legittimati a presentare la domanda di valutazione sono individuati dall'art. 9 della legge regionale n. 66/08 (familiari) e dall'art. 10, comma 1, della legge regionale n. 41/05 (procuratore, tutore, amministratore di sostegno).

- modifica delle condizioni socio-ambientali;
- modifica della situazione economica, rilevabile da un'attestazione ISEE di tipo ordinario o socio-sanitario (qualora sia scaduta l'attestazione ISEE precedentemente presentata) o di ISEE corrente (qualora sia ancora in corso di validità l'attestazione ISEE precedentemente presentata).

QUADRO E – SITUAZIONE ECONOMICA

La persona interessata dispone:

☞ di attestazione “ISEE ordinario” in corso di validità²: SÌ NO

N.B. L'indisponibilità dell'attestazione ISEE non impedisce la valutazione e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato, ma comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici per le prestazioni previste dal Progetto stesso, a meno che tale indisponibilità non sia dipesa dalla sussistenza di una condizione di incapacità giuridica della persona interessata.

☞ delle seguenti entrate non ricomprese nella situazione reddituale riportata nell'ISEE

Quali, ad esempio, indennità di accompagnamento, assegno o pensione sociale, pensione di invalidità, pensioni estere, ecc.

Tipologia di entrata	Importo mensile

QUADRO F – DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- ✓ Scheda Clinica del Medico di Famiglia (*obbligatoria*)
- ✓ Copia del documento di Identità della persona interessata indicata al Quadro A (*obbligatoria*)
- ✓ Copia del documento di identità di chi sottoscrive (*obbligatoria, se diversa dalla persona interessata*)

QUADRO G - EVENTUALE ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (*specificare*)

DICHIARA, ALTRESÌ,

di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg.UE 2016/679.

Il sottoscritto, qualora persona diversa da quella segnalata o da chi è titolato a rappresentarla legalmente (tutore, amministratore di sostegno, ecc.), **DICHIARA** infine che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e gli eventuali familiari riconducibili all'articolo 433 del Codice Civile sono informati e consenzienti in merito alla presentazione della presente domanda e alle informazioni in essa contenute.

Sottoscrizione della domanda

Data _____

Firma del richiedente _____

RISERVATO ALL'OPERATORE DEL PUNTO INSIEME

Punto Insieme _____

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

(del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

² Si consiglia di richiedere anche l'attestazione “ISEE per prestazioni sociosanitarie”.

AVVERTENZE

Il **Quadro A** deve contenere i dati relativi alla persona per la quale si chiede la valutazione della non autosufficienza.

Il **Quadro B** deve essere compilato indicando la persona che sottoscrive la segnalazione del bisogno e inserendo i dati della stessa, se diversa da quella interessata indicata al Quadro A.

Il **Quadro C** deve essere compilato indicando l'indirizzo fisico, l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) o l'indirizzo di posta elettronica ordinaria presso cui inviare le comunicazioni. In assenza di tali indicazioni, le comunicazioni saranno inviate all'indirizzo di residenza della persona interessata di cui al Quadro A.

Nel **Quadro D** va specificato se trattasi di una prima segnalazione del bisogno della persona interessata o di una richiesta di rivalutazione non programmata, specificandone, in quest'ultimo caso, i motivi.

Nel **Quadro E** va specificato se la persona interessata dispone o meno dell'attestazione "ISEE ordinario" in corso di validità (la sua indisponibilità non impedisce la valutazione e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato, ma comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici per le prestazioni previste dal Progetto stesso, a meno che tale indisponibilità non sia dipesa dalla sussistenza di una condizione di incapacità giuridica della persona interessata) e vanno indicate eventuali altre entrate non ricomprese nella situazione reddituale riportata nell'ISEE.

Gli allegati di cui al **Quadro F** devono essere obbligatoriamente prodotti, pena la mancata attivazione del percorso di valutazione.

La presente domanda potrà essere presentata secondo la seguente modalità:

Invio via PEC o Email ordinaria - In tal caso, la domanda dovrà essere inviata in copia scansionata all'indirizzo valutazioneautosufficienza.prato@uslcentro.toscana.it con oggetto: **SEGNALAZIONE DEL BISOGNO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA** – Le iniziali del nome e cognome della persona segnalata.

Qualora non fosse possibile la consegna con la modalità sopra specificata occorre concordare la modalità di consegna con l'operatore del Punto Insieme.