

AL COMUNE DI _____

OGGETTO: INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA, RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER – RICHIESTA DI ACCESSO.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ C. F. _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE

per se stesso/a;

OVVERO Nel caso la persona sia in stato di impedimento cognitivo e/o fisico, in qualità di:

CONIUGE o in sua assenza FIGLIO/A o, in mancanza di questo, ALTRO PARENTE (indicare la relazione di parentela) _____ *(In questo caso è necessario rendere una dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000, compilando il relativo modello di fronte ad un pubblico ufficiale)*

per il/la sig./ra _____

nato/a a _____ (____) il _____ e residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
C. F. _____ tel. _____ cell. _____
in qualità di _____

di accedere all' **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA INDIRETTA**

A TAL FINE DICHIARA

di vivere solo;

di convivere con le seguenti persone:

N.	Cognome e nome	Grado di parentela	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			

- che nel proprio nucleo familiare è presente l'assistente familiare/badante;
- di essere iscritto al centro diurno _____;
- che l'ISEE socio-sanitario ristretto è pari ad € _____
- PROT. N. _____;

CHIEDE altresì

l'attivazione dei seguenti interventi (da barrare solo se interessa):

- Letti di sollievo**
- Caffè Alzheimer**

SI IMPEGNA A

in caso di accoglimento della domanda:

- a sottoscrivere un Piano Individualizzato formulato dal Servizio Sociale del Comune di appartenenza;
- a trasmettere, entro 40 giorni dal ricevimento della comunicazione di ammissione al beneficio, la documentazione sotto riportata, qualora non allegata alla presente istanza, pena la decadenza dello stesso:
 - contratto stipulato per l'assistenza domiciliare o iscrizione centro diurno;
- a comunicare per iscritto al Servizio Sociale Professionale ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

ALLEGA

alla presente domanda:

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del richiedente e, qualora la domanda sia sottoscritta da persona diversa, copia del documento di identità anche di quest'ultima;
- Certificazione sanitaria rilasciata da uno specialista del C.D.C.D. (Centro per Deficit Cognitivo e Demenze) ex UVA (Unità Valutativa Alzheimer) riconosciuto dalla Regione Lazio e corredata dalla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) < 4, secondo il modello allegato;
- ISEE socio-sanitario ristretto;
- decreto di nomina di Amministratore di Sostegno o del Tutore qualora l'istanza sia sottoscritta dagli stessi
- contratto assunzione assistente familiare/badante, se già stipulato;
- iscrizione al centro diurno, se già in possesso;

DICHIARA

di essere consapevole che il rilascio di dichiarazioni non veritiere è punito con sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Civitavecchia, che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 07665901 Indirizzo PEC: comune.civitavecchia@legalmail.it.

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@comune.civitavecchia.rm.it

Sono contitolari del trattamento i Comuni della ASL Roma 4.

Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l'esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell'art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato e/o da soggetti esterni designati dal Titolare in forma scritta come di Responsabili del trattamento, per attività strumentali al perseguimento delle finalità dell'ente;
- sono trattati da personale dei comuni dell'Ambito Roma 4;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento

che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Firma

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la
paziente _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a
_____ in via _____
n. _____ da me visitato in data _____ ha ottenuto un risultato nella scala
CDRS pari a _____

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)

Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (*Articolo 3, comma 2, lettera c)**Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) A new clinical scale for the staging of dementia.*

British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

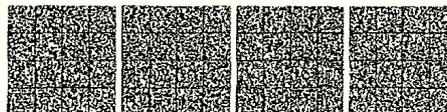
	NORMALE CDR 0	DEMENTIA DUBBIA CDR 0.5	DEMENTIA LIEVE CDR 1	DEMENTIA MODERATA CDR 2	DEMENTIA GRAVE CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemoratezza occasionale	Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti; vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.



DICHIARAZIONE PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO
ART. 4 COMMA 2 D.P.R. 445/2000

Spazio riservato a che rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 del DPR 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a a il
residente a in vian.
in qualità di (indicare parentela)
del/la sig./ra
nato/a a il
residente a in via n.
attesta l'impedimento di del/la sig./ra,
dovuto al suo stato di salute, a sottoscrivere la domanda relativa all' AVVISO PUBBLICO PER LA
CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
INTEGRATA INDIRETTA, RIVOLTI A PERSONE AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER , consapevole
delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci.

Firma del dichiarante

.....

Spazio riservato all'Ufficio

Attesto, ai sensi dell'art. 30 del DPR 445/2000, che il/la sig./ra.....
identificata a mezzo di
ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Civitavecchia

Il Pubblico Ufficiale

.....

DPR n. 445/2000 art. 4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenete espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.