



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

ALLEGATO A
MODELLO DI DOMANDA PER GLI ASSEGNI DI CURA
Fondo nazionale per la non autosufficienza 2022-2024
Annualità FNA 2024 – ADS n. 22 Tordino-Vomano

Approvato con Determina n. 202 RG 281 del 25/09/2026

All'Unione dei Comuni Le Terre del Sole
ECAD dell'ADS n. 22 Tordino-Vomano
Via Galileo Galilei n. 91 64021 Giulianova TE

Deve essere presentata una domanda distinta per ciascun beneficiario. Il presente modello riguarda esclusivamente gli assegni di cura e non costituisce domanda per servizi domiciliari diretti o per il trasporto sociale. La presentazione della domanda non determina automaticamente il diritto al beneficio, che è subordinato alla valutazione UVM, alla definizione o all'aggiornamento del PAI, alla sottoscrizione dell'Accordo di Fiducia e alla disponibilità delle risorse.

1 DATI DELLA PERSONA BENEFICIARIA

Cognome e nome	
Nato/a a e data di nascita	
Codice fiscale	
Residenza	Comune _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Recapiti	Telefono _____ E-mail _____
Medico di medicina generale o pediatra	Nominativo _____ Telefono _____

Unione dei Comuni "TERRE DEL SOLE" - Via Galileo Galilei, 91 – 64021 Giulianova (TE)

Telefono: 085/8009240

PEC: unionecomunileredelsole@pec.it

PEO: ragioneria@unionecomunileredelsole.it



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

2 DATI DEL SOGGETTO CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA

- ☐ La domanda è sottoscritta direttamente dalla persona beneficiaria
☐ La domanda è sottoscritta da un soggetto diverso dalla persona beneficiaria, indicato di seguito

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Residenza e recapiti	Comune _____ Via _____ n _____ Telefono _____ E-mail _____
Titolo di rappresentanza	☐ genitore esercente la responsabilità genitoriale ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro soggetto munito di idoneo potere di rappresentanza Estremi del provvedimento o del titolo _____



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

3 RICHIESTA DI ACCESSO

Il soggetto sottoscrittore chiede che la persona sopra indicata sia ammessa al procedimento per l'attribuzione di un assegno di cura FNA 2024 e dichiara che la richiesta riguarda una delle seguenti categorie:

Scelta	Categoria di accesso
☐	A Persona con disabilità gravissima ai sensi dell'articolo 3 del DM 26 settembre 2016
☐	B Persona di età pari o superiore a 65 anni non autosufficiente con alto bisogno assistenziale, da accertare in sede UVM
☐	C Persona con disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992, ammissibile in via residuale secondo l'Avviso

Requisiti sanitari. Per le categorie A e B è necessario il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento oppure, in alternativa, l'accertamento della condizione di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato 3 al DPCM n. 159/2013. Per la categoria A deve inoltre ricorrere almeno una delle condizioni dell'articolo 3 del DM 26 settembre 2016, da verificare in sede UVM. Per la categoria C è richiesto il riconoscimento ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992; tale categoria è finanziabile soltanto in via residuale secondo l'Avviso.

Tipologia di assegno preferita

Scelta	Tipologia	Importo mensile e condizioni
☐	Assegno per assistenza domiciliare prestata da personale qualificato	Da euro 600,00 a euro 850,00. È richiesta la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute.
☐	Assegno per l'assistenza prestata dal caregiver familiare	Da euro 150,00 a euro 400,00. Non è richiesta la rendicontazione di spese, ferma restando la verifica del lavoro di cura.

La tipologia definitiva e l'importo sono determinati dall'équipe integrata in sede di definizione o aggiornamento del PAI, sulla base della valutazione UVM e dei criteri regionali.



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Caregiver familiare proposto se è stata indicata la seconda tipologia

Cognome e nome	
Codice fiscale e rapporto con il beneficiario	
Residenza e recapiti	
Indicazione per altri beneficiari	Il medesimo caregiver è indicato per altre persone? ☐ sì ☐ no Se sì, indicare i nominativi _____ _____ _____

4 CONDIZIONI RIFERITE ALLA DISABILITÀ GRAVISSIMA

Compilare questa sezione soltanto se è stata selezionata la categoria A. L'indicazione ha finalità ricognitiva: la sussistenza della condizione di disabilità gravissima è accertata dall'UVM sulla base della documentazione sanitaria e della valutazione multidimensionale.

Scelta	Condizione
☐	Persona in condizione di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza, con punteggio nella Glasgow Coma Scale GCS inferiore o uguale a 10
☐	Persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa, 24 ore su 24
☐	Persona con grave o gravissimo stato di demenza, con punteggio nella Clinical Dementia Rating Scale CDRS maggiore o uguale a 4
☐	Persona con lesione spinale fra C0 e C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione identificato dalla scala ASIA Impairment Scale AIS di grado A o B; in caso di esiti asimmetrici, entrambe le lateralità devono essere valutate A o B



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Scelta	Condizione
☐	Persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare, con bilancio muscolare complessivo minore o uguale a 1 ai quattro arti nella scala MRC, oppure EDSS maggiore o uguale a 9, oppure stadio 5 della scala Hoehn e Yahr modificata
☐	Persona con privazione sensoriale complessa, costituita dalla compresenza della minorazione visiva e dell'ipoacusia nei limiti indicati dall'articolo 3 del DM 26 settembre 2016
☐	Gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 del DSM-5
☐	Disabilità intellettiva grave o profonda con QI inferiore o uguale a 34 e LAPMER inferiore o uguale a 8
☐	Altra condizione di dipendenza vitale che richiede assistenza continuativa e monitoraggio 24 ore su 24, 7 giorni su 7

Eventuali precisazioni



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

5 VALUTAZIONI E PRESA IN CARICO PREGRESSE

Indicare gli atti già esistenti. La loro presenza non comporta automatica conferma del beneficio: l'UVM ne verifica l'attualità e dispone, quando necessario, l'aggiornamento o l'integrazione.

Atto o condizione	Presenza	Data ed eventuale ente detentore
Precedente valutazione UVM	☐ sì ☐ no	_____
PAI già definito	☐ sì ☐ no	_____
Precedente beneficio FNA o altra presa in carico per non autosufficienza	☐ sì ☐ no	_____

Caso particolare di continuità assistenziale

☐ La domanda è presentata dal nucleo familiare per il ristoro delle spese sostenute fino al decesso di una persona con disabilità gravissima già presa in carico nel precedente triennio, già valutata dall'UVM, con Accordo di Fiducia già sottoscritto e deceduta prima della definizione degli atti di ammissione ai benefici del corrente Piano nazionale per la non autosufficienza

Data del decesso ____/____/____ Periodo per il quale si chiede il ristoro

La richiesta è soggetta alle verifiche e ai limiti previsti dall'articolo 11 dell'Avviso e non determina una generalizzata retroattività del beneficio.

6 SITUAZIONE FAMILIARE E ASSISTENZIALE

Le informazioni di questa sezione sono utilizzate dall'UVM per valutare la rete familiare. Il punteggio è attribuito dall'UVM secondo i criteri regionali; il richiedente non effettua alcuna autovalutazione.

Cognome e nome	Rapporto	Età	Convivente	Condizione o disponibilità assistenziale



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Situazione abitativa: ☐ vive solo o sola ☐ vive con familiari ☐ altra situazione _____

Supporto familiare concretamente disponibile

Ulteriori carichi assistenziali nel nucleo

- ☐ Sono presenti figli minori nel nucleo
☐ Sono presenti altri conviventi in condizione di gravità o non autosufficienza ai sensi dell'Allegato 3 al DPCM n. 159/2013

Nominativi e condizioni

L'UVM attribuisce alle cinque categorie della rete familiare i punteggi base 20, 15, 10, 5 e 0. Gli ulteriori carichi indicati possono determinare esclusivamente la maggiorazione regionale fissa di 4 punti, oppure 0 punti se assenti, per le categorie da 2 a 5, entro il limite massimo di 20 punti.

Unione dei Comuni "TERRE DEL SOLE" - Via Galileo Galilei, 91 – 64021 Giulianova (TE)

Telefono: 085/8009240

PEC: unionecomunilerredelsole@pec.it

PEO: ragioneria@unionecomunilerredelsole.it



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

7 SERVIZI E COPERTURA ASSISTENZIALE GIÀ IN GODIMENTO

Indicare esclusivamente i servizi di assistenza pubblici o pubblicamente finanziati già attivi. La presente sezione serve al calcolo della copertura assistenziale e non costituisce richiesta di ADA, ADD, trasporto sociale o altri servizi diretti. Le prestazioni esclusivamente sanitarie non sono computate.

Servizio assistenziale in corso	Ente o soggetto erogatore	Ore settimanali	Finanziamento pubblico	Periodo
Servizio domiciliare sociale o socioassistenziale				
Assistenza domiciliare sociale specialistica o educativa				
Prestazioni domiciliari Home Care Premium				
Centro diurno socioeducativo				
Altro servizio pubblico o pubblicamente finanziato				
Totale ore settimanali dichiarate				

Benefici economici o misure in corso

- ☐ Contributo regionale per caregiver di minore affetto da malattia rara ai sensi della legge regionale n. 43/2016
- ☐ Contributo per la vita indipendente ai sensi della legge regionale n. 57/2012
- ☐ Home Care Premium, prestazione prevalente economica
- ☐ Altra misura o beneficio _____ Importo o periodo _____



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Le prime due misure sono incompatibili con l'assegno di cura per il medesimo periodo. Gli altri servizi o benefici devono essere dichiarati e sono valutati secondo l'Avviso, senza determinare automaticamente l'esclusione.

8 DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Allegare la documentazione pertinente alla categoria richiesta.

- ☐ Documento di identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore
- ☐ Documento di identità della persona beneficiaria, se diversa dal sottoscrittore
- ☐ Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità riferita alla persona beneficiaria, ai sensi del DPCM n. 159/2013
- ☐ Certificazione Disabilità ai sensi della L. 104/92;
- ☐ Provvedimento di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, se posseduto
- ☐ In alternativa all'indennità di accompagnamento, documentazione attestante la condizione di non autosufficienza ai sensi dell'Allegato 3 al DPCM n. 159/2013
- ☐ Per la categoria A, documentazione sanitaria utile alla verifica UVM di una delle condizioni previste dall'articolo 3 del DM 26 settembre 2016
- ☐ Per la categoria C, verbale di riconoscimento ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992
- ☐ Provvedimento o titolo di rappresentanza, se la domanda è sottoscritta da persona diversa dal beneficiario
- ☐ Precedenti valutazioni UVM, PAI e Accordi di Fiducia disponibili
- ☐ Documentazione relativa ai servizi e ai benefici in corso
- ☐ Codice IBAN intestato o cointestato al beneficiario oppure al soggetto legittimato alla riscossione
- ☐ Per i casi di continuità assistenziale, documentazione prevista dall'articolo 11 dell'Avviso
- ☐ Fotocopia codice IBAN indicato nella domanda;
- ☐ Altra documentazione _____

L'ECAD acquisisce d'ufficio, quando possibile, i documenti già detenuti dalle amministrazioni procedenti e può richiedere integrazioni necessarie all'istruttoria e alla valutazione UVM.

9 DICHIARAZIONI E IMPEGNI

Il soggetto sottoscrittore, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'articolo 75 del medesimo decreto, dichiara:

- ☐ che la persona beneficiaria risiede in uno dei Comuni dell'ADS n. 22 ed è assistita al domicilio, salvo il caso particolare di continuità assistenziale dichiarato nella sezione 5
- ☐ che le informazioni riportate nella domanda e nei relativi allegati sono complete e veritiere
- ☐ che, quando nel medesimo nucleo sono presenti più potenziali beneficiari, è presentata una domanda distinta per ciascuna persona



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

- ☐ di aver dichiarato tutti i servizi e i benefici in corso rilevanti ai fini del procedimento
- ☐ di essere disponibile alla presa in carico presso il PUA, alla valutazione UVM, alla compilazione o all'aggiornamento della scala mNA e alla definizione o all'aggiornamento del PAI
- ☐ di impegnarsi, in caso di ammissione, a sottoscrivere (entro 30 giorni dall'approvazione della graduatoria dei beneficiari) e rispettare l'Accordo di Fiducia e a collaborare con il case manager e con i servizi competenti
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente variazioni di residenza, composizione del nucleo, caregiver, servizi fruiti, benefici incompatibili, condizioni assistenziali, ricoveri, inserimenti in struttura e decesso
- ☐ di essere consapevole che il beneficio è sospeso in caso di ricovero o inserimento temporaneo superiore a 60 giorni e cessa nei casi indicati nell'Avviso
- ☐ di optare, qualora necessario, per una sola delle misure incompatibili previste dalla legge regionale n. 43/2016 e dalla legge regionale n. 57/2012, secondo quanto definito nel PAI
- ☐ di rendicontare le spese effettivamente sostenute se è riconosciuto l'assegno per assistenza domiciliare prestata da personale qualificato
- ☐ che, se il medesimo caregiver è indicato per più beneficiari, non saranno duplicate le medesime ore di assistenza, la stessa spesa o gli stessi servizi e che l'adeguatezza e la sostenibilità dell'impegno saranno verificate dall'UVM

10 MODALITÀ DI PAGAMENTO

Intestatario o cointestatario	
Codice fiscale	
Istituto di credito o Poste Italiane	
IBAN	

11 SOTTOSCRIZIONE

Luogo e data _____

Firma della persona beneficiaria o del soggetto legittimato

- ☐ Dichiaro di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata di seguito. La presa visione non costituisce consenso, poiché il trattamento è effettuato per obbligo legale e per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico.



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

12 INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa resa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

Titolare del trattamento. Unione dei Comuni Le Terre del Sole, Via Galileo Galilei n. 91, 64021 Giulianova (TE), telefono 085 8009240, PEC unionecomunileterredelsole@pec.it, e-mail ufficiodipiano@unionecomunileterredelsole.it.

Responsabile della protezione dei dati. I dati di contatto aggiornati del Responsabile della protezione dei dati RPD o DPO sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Unione, nella sezione dedicata alla privacy o in Amministrazione trasparente, e possono essere richiesti al Titolare utilizzando i recapiti sopra indicati.

Finalità del trattamento. I dati personali, compresi quelli relativi alla salute, sono trattati per la ricezione e l'istruttoria della domanda, la verifica dei requisiti, la presa in carico presso il PUA, la valutazione UVM, la definizione e l'attuazione del PAI e dell'Accordo di Fiducia, la formazione delle graduatorie, la concessione e il pagamento del beneficio, i controlli, il monitoraggio, la rendicontazione e gli adempimenti previsti dal FNA 2024.

Base giuridica. Il trattamento è necessario per adempiere obblighi di legge e per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico o connessi all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere c ed e, del Regolamento. I dati relativi alla salute sono trattati per motivi di interesse pubblico rilevante nel settore della protezione sociale, ai sensi dell'articolo 9, paragrafo 2, lettera g, del Regolamento e della normativa nazionale e regionale applicabile. Non è richiesto il consenso dell'interessato.

Conferimento dei dati. Il conferimento dei dati necessari è obbligatorio per l'istruttoria. La mancata comunicazione dei dati o dei documenti indispensabili può impedire la valutazione della domanda o determinare l'inammissibilità nei casi previsti dall'Avviso.

Origine dei dati. I dati sono raccolti presso l'interessato o il soggetto che presenta la domanda e possono essere acquisiti, nei limiti di legge, presso i Comuni dell'ADS, la ASL, l'INPS e altre amministrazioni o soggetti pubblici competenti.

Destinatari. I dati possono essere comunicati, nei limiti delle rispettive competenze, ai Comuni dell'ADS n. 22, alla ASL e ai componenti dell'UVM, alla Regione Abruzzo, all'INPS, agli organismi di controllo e rendicontazione, al tesoriere e ai fornitori nominati responsabili del trattamento. I dati relativi alla salute non sono diffusi. Gli esiti pubblicati riportano esclusivamente il numero di protocollo o altro codice univoco.

Modalità e sicurezza. Il trattamento avviene con strumenti cartacei e informatici, da parte di personale autorizzato e nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione e sicurezza. Non sono adottate decisioni basate unicamente su trattamenti automatizzati; il file regionale di calcolo supporta l'attribuzione del punteggio e dell'importo nell'ambito del procedimento amministrativo.

Trasferimenti. Non sono previsti trasferimenti di dati personali verso Paesi esterni allo Spazio economico europeo. Qualora si rendessero necessari, saranno effettuati esclusivamente nel rispetto degli articoli 44 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

Unione dei Comuni "TERRE DEL SOLE" - Via Galileo Galilei, 91 – 64021 Giulianova (TE)



Comune di
Bellante



Città di
Giulianova



Comune di
Morro d'Oro



Comune di
Mosciano
Sant'Angelo



Comune di
Roseto degli
Abruzzi



Comune di
Notaresco

Conservazione. I dati sono conservati per il tempo necessario alla gestione del procedimento e, successivamente, per i periodi previsti dalla normativa in materia di documentazione amministrativa, contabilità, controlli, rendicontazione e conservazione degli archivi pubblici.

Diritti dell'interessato. L'interessato può esercitare, nei casi previsti, i diritti di accesso, rettifica, limitazione e opposizione disciplinati dagli articoli 15 e seguenti del Regolamento, rivolgendosi al Titolare o al RPD. La cancellazione e la portabilità non si applicano quando il trattamento è necessario per obbligo legale o per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico.

Reclamo. L'interessato può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, secondo le modalità pubblicate sul sito www.garanteprivacy.it, fatto salvo il diritto di ricorso all'autorità giudiziaria.

13 PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda deve pervenire entro il 23 ottobre 2026 con una delle seguenti modalità:

- ☐ consegna al protocollo del Comune di residenza
- ☐ consegna al protocollo dell'Unione dei Comuni Le Terre del Sole, Via Galileo Galilei n. 91, 64021 Giulianova TE
- ☐ trasmissione tramite PEC all'indirizzo unionecomunileredelsole@pec.it, con oggetto FNA 2024 DOMANDA ASSEGNO DI CURA NOME E COGNOME DEL BENEFICIARIO

Per il rispetto del termine fanno fede la ricevuta di consegna PEC oppure il protocollo dell'ente ricevente.