

CHIEDE

l'erogazione delle seguenti misure previste dal Fondo non Autosufficienza:

- A. buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare;
- B. buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto;
- C. buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto; che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente familiare autonomamente scelto e regolarmente assunto;
- D. Voucher sociali in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico.

DICHIARA

PER SE'

PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRA LA DOMANDA

Il riconoscimento dell'Invalidità civile:

- al 100%
- persona ultra ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della sua età
- minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico

Il possesso della certificazione di:

- handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92
- alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92

Che il reddito ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) riferito all'anno è pari a € _____

Di fruire, nell'anno in corso, del beneficio della Misura B1

- SI
- NO

Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

ente erogatore _____ n. accessi mensili _____

Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

del Comune di _____ n. accessi settimanali _____

Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

- CDD
- CSE
- SFA
- CDI
- altro _____

Per un numero di ore settimanali complessive _____

Che l'assistenza è garantita da:

familiare (cognome, nome e rapporto di parentela) _____ n.
ore giornaliere _____

non familiare: assistente personale tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- Delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.
- Che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000

ALLEGA

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario;
- attestazione ISEE e dichiarazione sostitutiva unica (DSU);
- se la domanda viene presentata da un amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento d'identità e copia del decreto di nomina del Tribunale;
- Eventuale contratto assistente familiare.
-

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi ad eventuale valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR N. 1253/2019 che prevede visite domiciliari di operatori del Comune di residenza/ASST per il monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato;
3. comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:
 - eventuale decesso;
 - eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
 - eventuale trasferimento;
 - modifica della composizione del nucleo familiare;
 - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
 - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una delle seguenti modalità di riscossione:

1) accredito sul conto corrente bancario o postale

numero _____

banca / uff. postale _____

agenzia / filiale _____

Comune di _____

codice IBAN _____

intestato a _____

Data _____ Firma: _____

2) Riscossione diretta c/o Tesoreria Comunale

Nome/Cognome persona delegata _____

Codice Fiscale persona delegata _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

In fede

.....
(firma)

**ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
SENSIBILI E PERSONALI**

Ai sensi del D. Lgs 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. lgs 110/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale verranno comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso del Comune di residenza, dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste e nel rispetto dell'art 13 del decreto 196/2003.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____

Acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'Ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____ Firma _____

Considerato che il **signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire, per incapacità di intendere o di volere, o per opportunità di progetto

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili e sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____ Firma _____