

Al Comune di GAZZADA SCHIANNO

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
ASSISTENZA DIRETTA E ASSISTENZA INDIRETTA**

AI SENSI DELLE

**DGR XII/1669 del 28/12/2023 – DGR XII/2033 del 18/03/2024 – DGR XII/2166 del 15/04/2024 –
e DGR 7505/2022 - DGR 7799/2023 (caregiver)**

Decreti

n. 4773 del 22/03/2024; n. 4957 del 26/03/2024; n. 4895 del 26/03/2024; n. 5001 del 27/03/2024

PRESENTATA A FAVORE DI:

Nome e cognome (del beneficiario della misura)

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a GAZZADA SCHIANNO CAP 21045 Via _____ n. _____

Provincia _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale _____

Nominativo del Medico di medicina generale (*medico curante del beneficiario della misura*)

DAL

☐ DIRETTO INTERESSATO

oppure

☐ FAMILIARE Grado di parentela _____

☐ TUTORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto _____

n. _____ del _____

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n _____

Provincia _____

Tel. _____

e-mail _____

CHE AL FINE DI ACCEDERE ALLE MISURE PREVISTE:

A) Buono sociale mensile – ASSISTENZA INDIRETTA - al caregiver familiare e/o Intervento sociale integrativo;

(oppure)

B) Buono sociale mensile – ASSISTENZA INDIRETTA - per Assistente familiare regolarmente assunto anche in presenza di Caregiver familiare;

(oppure)

C) Assegno di autonomia – PRO.VI;

ASSISTENZA DIRETTA – SERVIZI INTEGRATIVI SOCIALI

DICHIARA

- ☐ Di presentare/che il soggetto sopraindicato presenta nuova istanza;
(oppure)
- ☐ Di presentare/che il soggetto sopraindicato presenta istanza in continuità con l'anno precedente;

CHIEDE

La valutazione multidimensionale integrata per il beneficiario Misura B2.

A TAL FINE ALLEGA

(mettere crocetta di fianco al documento presentato)

- ☐ Documento di identità dell'interessato e del richiedente se persona diversa;
- ☐ Tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità. L'ISEE richiesto per i maggiorenni è il cosiddetto ISEE socio-sanitario (della persona), per i minorenni è quello ordinario;
- ☐ Copia del certificato della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 oppure dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980 con scadenza il _____
- ☐ Eventuale contratto di assunzione dell'assistente familiare;
- ☐ Eventuale certificazione frequenza centri diurni (con indicazione n. di ore mensili effettive di frequenza);
- ☐ copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale *(se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore)*

Il richiedente si impegna a comunicare al Comune ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del beneficio.

A TAL FINE INOLTRE

Prende atto che la misura non è compatibile con:

- i Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

- Home Care Premium/INPS HCP;

DICHIARA

che l'ISEE del beneficiario è:

- ☐ ISEE ordinario;
 - ☐ Isee sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico);
 - ☐ Isee sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli);
 - ☐ ISEE sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne anche se non coniugati e non conviventi;
- Valore ISEE € _____

- ☐ Di essere in possesso della Certificazione L.104 (art. 3, comma 3);
- ☐ Di percepire indennità accompagnamento invalidi civili totali;

Di beneficiare delle seguenti misure/prestazioni:

- ☐ interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
- ☐ interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
- ☐ ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
- ☐ ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
- ☐ sostegni Dopo di Noi *;
- ☐ Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

di essere a conoscenza che il Servizio Sociale Comunale potrà procedere con controlli a campione come previsto dall'art. 9 del regolamento DGR XI/7751/2022.

di essere a conoscenza che ASST SETTE LAGHI, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Regolamento Europeo UE 2016/679 GDPR Art.13

1. In caso di raccolta presso l'interessato di dati che lo riguardano, il titolare del trattamento fornisce all'interessato, nel momento in cui i dati personali sono ottenuti, le seguenti informazioni:

- a) l'identità e i dati di contatto del titolare del trattamento e, ove applicabile, del suo rappresentante;
- b) i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati, ove applicabile;
- c) le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali nonché la base giuridica del trattamento;
- d) qualora il trattamento si basi sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera f), i legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi;
- e) gli eventuali destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali;
- f) ove applicabile, l'intenzione del titolare del trattamento di trasferire dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale e l'esistenza o l'assenza di una decisione di adeguatezza della Commissione o, nel caso dei trasferimenti di cui all'articolo 46 o 47, o all'articolo 49, secondo comma, il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali dati o il luogo dove sono stati resi disponibili.

2. In aggiunta alle informazioni di cui al paragrafo 1, nel momento in cui i dati personali sono ottenuti, il titolare del trattamento fornisce all'interessato le seguenti ulteriori informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente:

- a) il periodo di conservazione dei dati personali oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- b) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- c) qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), l'esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- d) il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
- e) se la comunicazione di dati personali è un obbligo legale o contrattuale oppure un requisito necessario per la conclusione di un contratto, e se l'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali nonché le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati;
- f) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.

3. Qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento fornisce all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente di cui al paragrafo 2.

4. I paragrafi 1, 2 e 3 non si applicano se e nella misura in cui l'interessato dispone già delle informazioni.

(Firma del Richiedente)

Luogo e data , _____

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE CONVIVENZA/NON CONVIVENZA CON PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
PER RICHIESTA MISURA B2**

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____

carta identità n. _____ rilasciato da _____ in data

_____ n. telefono _____

eventuale indirizzo di posta elettronica _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

D I C H I A R A

Di essere caregiver del isg. familiare in quanto:

Coniuge/convivente

Figlio/i

Ambedue i genitori

Padre

Madre

Fratello/i + sorella/i

Cugino/a

Nuora/Genero

Cognato/a

Zio/a

Nessuno

Altro

di abitare

di non abitare e distare dal familiare a km. _____

con il/la Sig/a (richiedente misura B2) _____

e di prestare assistenza attiva per un totale di _____ ore al giorno con le seguenti funzioni:

Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza;

Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione);

Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ecc.);

Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ecc);

Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema);

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16.

Luogo e data _____

Firma

Si allega copia documento d'identità in corso di validità

SI ALLEGANO:

- ☐ COPIA ATTESTAZIONE ISEE
- ☐ COPIA INVALIDITA' CIVILE
- ☐ COPIA LEGGE 104/92
- ☐ COPIA CARTA IDENTITA'
- ☐ **COPIA IBAN (COPIA DELLA BANCA)**

RISERVATO AL COMUNE

Data di presentazione _____ Protocollo n° _____
