



## 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 \_\_\_\_\_