

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 _____