Allegato 1

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA ex DGR 7751/2022

MODULO PER LA RICHIESTA DI BUONO SOCIALE

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

via/piazza _____ Tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In qualità di:

□ DIRETTO INTERESSATO

□ FAMILIARE grado di parentela _____

□ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

□ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

□ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di Nome e Cognome

□ MINORE CON GRAVE DISABILITÀ □ ANZIANO □ DISABILE GRAVE

_____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

via/piazza _____ Tel. _____

cell. _____ e-mail _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

la valutazione, ai sensi della DGR 7751/2022, ai fini dell'erogazione di un buono mensile per compensare (barrare l'opzione d'interesse):

❑ le prestazioni dell'assistente familiare

Nome del familiare-assistente principale: _____

Grado di parentela con l'assistito: _____

❑ le spese sostenute per prestazioni dell'assistente personale/badante

Nome dell'assistente: _____

Impiegata con regolare contratto dal _____ per n. _____ ore settimanali

❑ gli interventi a favore della vita indipendente (assegno per l'autonomia)

Nome dell'assistente: _____

Impiegata con regolare contratto dal _____ per n. _____ ore settimanali

❑ voucher sociale minori/anziani-adulti

A tal fine, consapevole della propria responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

❑ che la presente costituisce domanda di rinnovo del contributo già ricevuto nell'anno 2022

DICHIARA ALTRESÌ

che la persona per cui viene richiesto il contributo

❑ gode di una o più dei seguenti benefici:
- Misura B1 erogata dall'ATS per il 2023 in favore della disabilità gravissima;
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro ex L.R. 15/2015;
- Dopo di Noi;
- Interventi comunali finalizzati alla permanenza al domicilio (SAD/SADH/ADM/ADH/Pasti/Trasporti/Telesoccorso…) specificare quale _____
- Home Care Premium;
- Contributi per la vita indipendente erogati dal Comune di Residenza;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- ADI;

❑ è in attesa risposta sulla richiesta di uno dei suddetti benefici

❑ frequenta Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (RSA/RSD/CA/CSS) _____

❑ è parte di un nucleo familiare così composto:

Nome e Cognome	Parentela rispetto all'interessato	Età al momento della domanda	Percettore di reddito (si/no)

Con la presente ACCETTA i contenuti dell'Avviso indicato in epigrafe e **si impegna a comunicare eventuali variazioni della propria situazione che possono influire sul diritto al contributo qui richiesto.**

CHIEDE, altresì, che l'eventuale contributo assegnato sia accreditato sul conto corrente *(non sono ammessi libretti postali che non consentano l'accredito di bonifici diversi dalla pensione)* di cui si allega **attestazione bancaria** dell'IBAN.

Documenti allegati ai fini di cui alla presente domanda:

❑ Copia Carta Identità dell'eventuale richiedente diverso dal beneficiario;

❑ Copia Carta identità del beneficiario;

❑ Attestazione bancaria dell'IBAN e copia del codice fiscale del titolare del conto corrente;

❑ Copia del decreto di nomina a curatore, tutore od amministratore di sostegno del beneficiario;

❑ Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;

- ❑ Copia verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e certificazione di disabilità grave così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 legge 104/1992 oppure dell'indennità d'accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- ❑ Scheda di valutazione compilata dal medico curante (**Allegato 3**).

Solo in caso di domanda presentata al Comune di residenza e da questo trasmessa all'Azienda Sociale Comasca e Lariana:

- ❑ Delega alla trasmissione della domanda di contributo (**Allegato 6**)

In caso di prestazione dell'assistente familiare:

- ❑ Autodichiarazione assistente familiare (**Allegato 2**);
- ❑ Copia carta identità assistente familiare.

In caso di prestazioni dell'assistente personale:

- ❑ Copia contratto badante/assistente personale;
- ❑ Copia ultima busta paga badante/assistente personale.

Data _____ Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), i dati personali, dati particolari (art. 9 del GDPR), dati giudiziari (art. 10 del GDPR) forniti dai candidati per la partecipazione alla procedura sono raccolti unicamente per la seguente finalità: FONDO NON AUTOSUFFICIENZA ex DGR 7751/2022, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16. Gli interessati potranno far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16: diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione.

La natura del conferimento dei dati previsti dall'Avviso non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati inerenti comporta l'impossibilità di partecipare alla procedura.

I dati potranno essere comunicati a: ASST Lariana, ATS Insubria, Regione Lombardia, INPS e Comuni dell'Ambito Territoriale di Como.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e l'Azienda mette in atto adeguate misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è l'Azienda Sociale Comasca e Lariana quale Ente Capofila dell'Ufficio di Piano per l'Ambito Territoriale di Como.

Il Responsabile del Trattamento per l'Azienda ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è il Direttore, dott. Gianpaolo Folcio.

Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi degli artt. 37-38 e 39 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Data_____ Firma del Richiedente _____