



Ambito di Carate Brianza

ALBIATE BESANA BIASSONO BRIOSCO CARATE LISSONE MACHERIO RENATE SOVICO TRIUGGIO VEDANO VEDUGGIO VERANO

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFICIENTI (B2)

Al Comune di

Ambito di Carate Brianza

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

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 _____

del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono) _____

CHIEDE

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

.....
.....
.....
.....

Trattandosi di:

- Prima attivazione
- Rinnovo

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 familiare 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 _____

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 e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (qualora non coincidenti)
- copia verbale di invalidità
- copia certificazione di gravità ai sensi dall'art. 3 c. 3 della Legge 104/92
- attestazione ISEE in corso di validità
- copia decreto di nomina della misura di protezione giuridica (qualora il beneficiario sia sottoposto ad amministrazione di sostegno, tutela, curatela...).
- copia contratto di lavoro dell'assistente familiare unitamente all'ultima ricevuta di pagamento dei relativi contributi INPS
- copia contratto di lavoro del caregiver/eventuale autocertificazione del proprio stato occupazionale ai sensi del D.P.R 445/2000

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi ad eventuale valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR N. X / 7856/2018 che prevede visite domiciliari di operatori del Comune di residenza 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)

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse alla gestione delle misure di cui al Fondo per le Non Autosufficienza ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e del Regolamento 2016/679.

I suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che conferimento dei dati è facoltativo; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile considerare la sua candidatura ed eventualmente erogare il contributo sopra indicato.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente. Ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Privacy.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Triuggio che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0362/97411 Indirizzo PEC: comune.triuggio@cert.comune.triuggio.mi.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: responsabileprotezionedati@comune.triuggio.mb.it