



FNA 2020 - ESERCIZIO 2021

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE

(DGR XI/4138/2020 e Piano operativo ambito Brescia est 2021/2022)

Protocollo

Barrare la modalità di presentazione:

- Istanza cartacea depositata presso il Comune di _____
 Domanda trasmessa tramite mail a segretariatosociale@pdzbest.it

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
C.F. _____
residente a _____
in via /piazza _____ n. _____
recapito telefonico _____

se a presentare la domanda non è il beneficiario diretto,

Nome e Cognome di chi presenta la richiesta _____
relazione di parentela con l'assistito _____
recapito telefonico _____
recapito mail _____

N.B. In caso di persona sottoposta a tutela giuridica, la domanda deve essere sottoscritta da chi ne rappresenta la tutela. N. del decreto di Nomina AdS _____

CHIEDE

l'assegnazione del BUONO SOCIALE

- per le persone anziane non autosufficienti
 per le persone disabili gravi

A tal fine consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità degli atti sono puniti ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a) di essere in possesso di riconoscimento di invalidità civile del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento e/o di essere disabile grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992;
- b) di possedere un reddito ISEE sociosanitario in corso di validità (attestazione 2021) pari ad € _____;
- c) che nessuno altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per l'assegnazione del buono sociale;

d) **di essere assistito a domicilio in maniera continuativa da un CAREGIVER FAMILIARE**

1) *parente* SI NO
(coniuge, madre/padre, figlio/a, fratello/sorella,...): _____

2) *convivente* SI NO
se non convivente, recapito _____

3) *monte ore settimanale di assistenza* _____

4) *tipo di prestazioni assistenziali garantite* _____

e) di essere a conoscenza che il beneficio relativo al buono sociale decorrerà a partire dal mese di assegnazione e per un tempo massimo di n. 12 mesi;

f) di impegnarsi a comunicare, direttamente o mediante familiare:

- l'eventuale ricovero temporaneo in strutture residenziali (con la conseguente sospensione del buono)
- l'eventuale ricovero definitivo in strutture residenziali (con la conseguente decadenza del beneficio)
- eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di assistenza a domicilio o il diritto di concessione del buono;

g) che i componenti del nucleo familiare, oltre il beneficiario, sono i seguenti:

- Coniuge Padre
- Entrambi i genitori Madre
- Fratelli/sorelle Madre + fratelli
- Padre + fratelli Entrambi i genitori
- Figlio/i Solo

h) di essere in una delle seguenti condizioni patologiche:

- Demenza – Alzheimer
- Disabilità a seguito di evento traumatico
- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson...)
- Disabilità comportamentale (compresi i disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi multipla
- Altro (da considerarsi solo come opzione residuale)

i) di NON frequentare un servizio semiresidenziale o diurno

di frequentare un servizio semiresidenziale o diurno _____ per n. ore sett. _____
e di beneficiare di un'integrazione della retta da parte del Comune di Residenza;

di frequentare un servizio semiresidenziale o diurno _____ per n. ore sett. _____
e di NON beneficiare di un'integrazione della retta da parte del Comune di Residenza

N.B. data l'attuale situazione di emergenza sanitaria e l'eventuale temporanea sospensione dei servizi diurni, indicare la condizione di iscrizione per il 2020/2021, anche se in questo periodo non si partecipa alle attività

j) di NON beneficiare di altre Misure di sostegno, quali:

- FNA B1
- Progetti di vita indipendente PRO.VI
- Misura RSA aperta, ex DGR 7769/2018
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015

Le coordinate bancarie per l'accredito del Buono Sociale sono le seguenti:

C/c bancario/postale n° _____ intestato a _____,
presso la banca/posta _____ filiale di _____
codice IBAN _____

(allegare copia cartacea del codice Iban)

Informativa ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successivi del regolamento UE 2016/679

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679) con le limitazioni previste dalla vigente normativa per il periodo di emergenza. I dati trattati sono indispensabili ai fini dell'erogazione del buono sociale e saranno utilizzati esclusivamente per le procedure ad esso connesse: assegnazione risorse, rendicontazione e report previsti dalla DGR XI/4138/2020.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il trattamento avviene senza consenso dell'interessato in virtù di specifico obbligo legale e conseguente rapporto contrattuale (prestazione del servizio di assistenza), nelle modalità previste dall'Informativa allegata.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) e acconsento al trattamento dei dati personali finalizzati all'erogazione della prestazione richiesta.

_____, li _____

In fede

Allegati

- Copia del verbale di Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione L104/1992 (è possibile produrre un'autocertificazione in caso di avviata richiesta)
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario
- Copia dell'IBAN del beneficiario
- **SCHEDE ADL e IADL compilate dall'assistente sociale del Comune di residenza, con indicazione della persona richiedente il FNA**
- Autocertificazione attestante l'adempimento delle funzioni assistenziali continuative (di seguito allegata)

AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ADEMPIMENTO
DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI CONTINUATIVE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 38 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ residente in _____
Via / Piazza _____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

- che al beneficiario del Buono Sociale, Sig./ra _____ viene assicurata assistenza e cura continuativa stante la sua totale invalidità/gravità;

da parte di un care-giver familiare

nome e cognome _____

relazione di parentela _____

- che è a conoscenza della possibilità, in caso di concessione del Buono Sociale, che il Comune o l'Azienda Speciale effettuino, attraverso il loro personale sociale, appositi controlli di verifica della veridicità dei dati autocertificati e della permanenza dei requisiti che hanno determinato la concessione del beneficio.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data, _____

IL DICHIARANTE

Art. 21 e 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

- Dichiarazione sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore*

Informativa ai sensi dell'articolo 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il Titolare dei trattamenti è l'AZIENDA SPECIALE CONSORTILE PER I SERVIZI ALLA PERSONA, che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

- Segreteria: 030/2794095 – segreteria@pdzbsest.it – asc@pec.pdzbsest.it

Il Responsabile dei trattamenti è il Direttore Angelo Linetti al quale potrà rivolgersi presso la sede per comunicare le eventuali variazioni o esercitare i diritti previsti dall'articolo 15 e successivi del regolamento UE 2016/679 (accesso, modifica, blocco, cancellazione).

Il Responsabile della protezione dati è il sig. Gianfausto Vincenzi al quale può rivolgersi all'indirizzo rpd@vincenzi.com oppure sporgere reclamo all'autorità di controllo sul sito www.garanteprivacy.it

Il trattamento viene effettuato per le finalità connesse all'Avviso pubblico per l'assegnazione delle risorse relative il Fondo Non Autosufficienza 2020 – Bando 2021 come deliberato dall'Assemblea dei Sindaci in data 08/04/2021.

I dati raccolti:

- sono trattati da personale dell'ente appositamente autorizzato per lo svolgimento delle procedure connesse al bando;
- potranno essere comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge o per finalità connesse all'esecuzione di compiti di interesse pubblico;
- sono conservati per il tempo necessario allo svolgimento del procedimento in oggetto e tenuto conto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali;
- possono essere soggetti a comunicazione e/o a diffusione esclusivamente in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a paesi terzi.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per il perseguimento delle finalità descritte e l'eventuale rifiuto determinerà l'impossibilità di dar corso al procedimento.

Gli interessati potranno far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i propri diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai propri dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Gli interessati potranno esercitare i propri diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati. Hanno inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisino la necessità.