



Azienda Speciale Consortile
per i Servizi alla persona
Brescia Est

FNA 2021 - ESERCIZIO 2022

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE

Delibera Regionale 5791/21 - Decreto riparto risorse n. 548/2022

Decreto 2615/2022 del 01.03.2022 (risorse integrative)

Protocollo

Barrare la modalità di presentazione:

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

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 _____

Indicare il rapporto con il beneficiario:

- parente o delegato di fiducia;
 tutore legale; se SI, indicare il N. del decreto di Nomina _____

recapito telefonico del richiedente _____

recapito mail _____

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

- di aver preso visione dei contenuti dell'Avviso;
 di essere a conoscenza che tutti i requisiti devono essere posseduti dal beneficiario alla data della presentazione della domanda;
 di essere residente in Lombardia ovvero in uno dei Comuni dell'Ambito 3 Brescia Est;
 che l'ISEE 2022 sociosanitario del nucleo familiare è pari ad € _____;

indicare la data rilascio Attestazione ISEE ___/___/___

- di essere in condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, o di beneficiare dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- che nessun componente del nucleo familiare ha presentato domanda per l'assegnazione del presente buono sociale;
- di essere assistito a domicilio in maniera continuativa da un CAREGIVER FAMILIARE

parente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
(coniuge, madre/padre, figlio/a, fratello/sorella,...): _____		
convivente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
se non convivente, recapito _____		

monte ore settimanale di assistenza _____

tipo di prestazioni assistenziali garantite _____

- 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. 14 mesi;**

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Padre |
| <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle | <input type="checkbox"/> Madre + fratelli |
| <input type="checkbox"/> Padre + fratelli | <input type="checkbox"/> Entrambi i genitori |
| <input type="checkbox"/> Figlio/i | <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____) |

- 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)

Dichiara inoltre:

- 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

- di NON beneficiare del Voucher “Sollievo” Dopo di Noi;
- di NON beneficiare di altre misure di sostegno, quali: FNA B1, Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019), accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità); ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato; presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018; Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente
- di essere a conoscenza che rispetto all’attestazione ISEE, il Comune di residenza effettuerà controlli a campione pari al 5%, relativamente alla corrispondenza della dichiarazione dell’ISEE dichiarata e la situazione anagrafica del nucleo familiare.

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 connesse al debito informatico presso Regione Lombardia.

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 sociosanitario 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**
- 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 a _____
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 caregiver 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 2021 – Bando 2022 come deliberato dall'Assemblea dei Sindaci in data 10/03/2022.

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.