Allegato 1

Timbro protocollo Comune

Al Comune di _____

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (DGR 2720/2019 e DGR 2862/2020)

Il sottoscritto:

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

In qualità di

- ❑ **Beneficiario;**
- ❑ **Appartenente alla famiglia del beneficiario;**
- ❑ **Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario**
  (Decreto n. _____ del _____ Tribunale di _____)

CHIEDE LA CONCESSIONE DELLA SEGUENTE MISURA

- ❑ **Buono sociale mensile caregiver familiare**
- ❑ **Buono sociale mensile per assistente personale**
- ❑ **Buono sociale progetti di vita indipendente**
- ❑ **Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori**

  - o **Per la prima volta**
  - o **In rinnovo**

IN FAVORE DI:

Allegato 1

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail_____

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'accesso e l'erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza (DGR 2720/2019 e DGR 2862/2020);
- ☐ di possedere i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;
- ☐ che il proprio nucleo familiare/nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

barrare solo le voci interessate:

- ☐ per la richiesta del "Buono sociale caregiver familiare", che l'assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare: Cognome _____ Nome_____
- ☐ che nello stesso nucleo familiare è presente un altro richiedente la misura ex DGR 2720/19 e 2862/2020: Cognome _____ Nome_____
- ☐ che il beneficiario frequenta un'unità di offerta diurna sociosanitaria (es. CDD, CDI) o sociale (CSE, SFA…)
- ☐ che il beneficiario è destinatario di altri servizi (SAD, pasto) o contributi erogati dall'Ente Pubblico o di essere in attesa degli stessi, se sì quali_____
- ☐ che il beneficiario è destinatario della Misura Dopo di Noi (ex DGR 6674/2017) per la seguente misura_____;

- ☐ che il beneficiario NON è destinatario della Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissima ex DGR 2720/2019 e DGR 2862/2020);
- ☐ che il beneficiario NON è fruitore della Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- ☐ che il beneficiario NON è beneficiario del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015;
- ☐ che il beneficiario NON usufruisce di prestazioni integrative Home Care premium/ INPS HCP
- ☐ che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE - secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi - in corso di validità al momento della presentazione della domanda;
  - ○ VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____
  - ○ VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE _____
- ☐ che il beneficiario in caso di non possesso dell'attestazione ISEE 2020, la farà pervenire entro il 15 settembre 2020 pena l'inammissibilità della domanda;
- ☐ Che il beneficiario acconsente alla valutazione sociale/multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'avviso pubblico;
- ☐ Di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ai servizi sociali del comune di residenza, entro dieci giorni dall'evento stesso.

Nel caso di accoglimento della domanda i sottoscritti dichiarano ai fini dell'erogazione dei benefici economici i seguenti dati:

Intestatario conto corrente (il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante): _____

Codice fiscale intestatario c/c: _____

Indirizzo intestatario c/c: _____

CODICE IBAN (27 caratteri)																									

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)

- ❑ Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- ❑ Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- ❑ Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni socio sanitarie in corso di validità del beneficiario;
- ❑ Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS
- ❑ Copia fotostatica della certificazione di gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992;
- ❑ Eventuale verbale relativo all'indennità di accompagnamento;
- ❑ Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;
- ❑ Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;
- ❑ Copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro ed eventuale copia fotostatica del contratto di lavoro (limitatamente alle misure che prevedono la presenza di un assistente personale)

Data e Luogo _____ _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno_____

Allegato 1

INFORMATIVA PRIVACY PER RICHIESTA DI ACCESSO E EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (DGR 2720/2019 e DGR 2862/2020)
Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Abbiategrasso che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:
Telefono: 0294692250 – E-mail: urp@comune.abbiategrasso.mi.it - Indirizzo PEC: comune.abbiategrasso@legalpec.it
Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rdp@comune.abbiategrasso.mi.it

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.
Il trattamento dei dati personali viene effettuato per finalità relative all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza (DGR 2720/2019 e DGR 2862/2020) ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.
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 il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta.
I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.
Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi 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.
Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.
Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.
Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Data_____ Luogo _____

Il dichiarante

_____