**Spett. COMUNE DI CUASSO AL MONTE**

**DOMANDA DI VALUTAZIONE PER L’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PER ASSISTENZA INDIRETTA A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO/BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E MOLTO ELEVATO**

**CHE SIANO ASSISTITE IN FAMIGLIA**

**IL SOTTOSCRITTO** (cognome e nome)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. Di Varese

Tel. e/o cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* Soggetto interessato
* Familiare (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Rappresentante legale come da decreto allegato (specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

con riferimento ai contenuti della DGR 3719/2024 e al Bando emesso dall’Ufficio di Piano di Arcisate

**C H I E D E**

* A favore dello/a stesso/a

oppure

* A favore del/la Signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. Di Varese

Tel. e/o cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di poter accedere alle misure a favore di persone anziane non autosufficienti ad alto/basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato e, nello specifico, di richiedere UNO DEI SEGUENTI INTERVENTI DI **ASSISTENZA INDIRETTA**

* Buono sociale mensile per prestazioni assicurate da assistente personale assunto a tempo pieno (MONTE ORE SETTIMANALE PARI O SUPERIORE ALLE 22 ORE)
* Buono sociale mensile per prestazioni assicurate da assistente personale assunto a tempo part time (MONTE ORE SETTIMANALE PARI O INFERIORE ALLE 22 ORE)
* Buono sociale mensile di **€ 100,00** per care giver familiare nella persona di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (INDICARE IL NOMINATIVO DEL CARE GIVER E GRADO DI PARENTELA), che si impegna per **N° ore giornaliere**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per le seguenti attività:

|  |
| --- |
| Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza |
| Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione) |
| Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ecc.) |
| Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ecc) |
| Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema) |

* Buono sociale mensile per l’assegno di autonomia ovvero per un progetto di vita indipendente condivisa tra Ambito e ASST

Consapevole che, ai sensi dell’art.26 della legge n. 156/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

* che il/la sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è riconosciuto/a invalido/a civile e percepisce l’indennità di accompagnamento;
* che il/la sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha fatto domanda di invalidità civile in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e consegnerà l’esito dell’accertamento entro e non oltre il 15 luglio 2025
* che il/la sig./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in condizioni di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L.104/1992;
* che il reddito ISEE socio sanitario relativo all’anno 2024 è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che la persona interessata ***frequenta*** unità di offerta semi-residenziali sociosanitarie o sociali con costo a carico di Ente Pubblico pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili;
* che la persona interessata ***NON*** ***frequenta*** unità di offerta semi-residenziali sociosanitarie o sociali ovvero il contributo da parte dell’ente pubblico è inferiore a 100 euro;
* che la persona interessata non ha attiva la misura di RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* che la persona interessata non gode dei benefici della Prestazione Universale prevista dall’art. 34 D.lgs 29/2024
* di essere a conoscenza che l’accesso alle misure a favore di persone anziane non autosufficienti ad alto/basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato è subordinata alla valutazione della situazione socio-familiare, economica e sanitaria da parte dell’Ufficio Servizi Sociali del Comune e/o con il servizio A.D.I. Distretto di Arcisate dell’ASST SETTE LAGHI e alla condivisione di un progetto individualizzato;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche, socio-familiari e sanitarie che determinino la perdita del diritto alla concessione degli interventi;
* di essere a conoscenza che il Comune e l’ATS, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 71, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti e ciò comporterà la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.
* di essere a conoscenza che, qualora la presente richiesta venga accolta, l’Ufficio di Piano del Distretto di Arcisate provvederà a liquidare l’importo riconosciuto RELATIVO ALL’ASSISTENZA INDIRETTA sul conto corrente del beneficiario identificato dalle seguenti coordinate:

**CODICE IBAN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

BANCA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AGENZIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTESTATO A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare Codice Fiscale ed indirizzo qualora l’intestatario non coincida con il beneficiario del buono) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi all’art. 13 e 14 del GDPR n. 679/2016 autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

(firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

**PER CHI PRESENTA LA DOMANDA PER LA PRIMA VOLTA:**

* Documento di identità del richiedente;
* copia del documento di identità e della CRS del beneficiario;
* copia del verbale di invalidità civile con indicazione della diagnosi/riconoscimento indennità di accompagnamento/riconoscimento della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L.104/1992 ;
* attestazione I.S.E.E. ordinario o socio sanitario in corso di validità
* contratto di assunzione dell’assistente familiare;
* autorizzazione all’utilizzo dei dati.

**PER CHI PRESENTA E’ GIA’ BENEFICIARIO DELLA MISURA B2:**

* attestazione I.S.E.E. ordinario o socio sanitario in corso di validità

***La Domanda sarà considerata valida solo se completa dei documenti richiesti.***

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI UE 2016/679**

Con l’applicazione a partire dal 25 maggio 2018 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - General Data Protection Regulation - il Comune di Cuasso al Monte è tenuto a fornire informazioni riguardanti l’utilizzo dei dati personali in suo possesso.

Per trattamento di dati personali si intende, ai fini della presente informativa, qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la : raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

**Oggetto del trattamento**

I dati personali in possesso del Comune di Cuasso al Monte sono raccolti nelle forme previste dalla legge. I dati vengono trattati nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità e trasparenza imposti dalla citata normativa, tutelando la riservatezza e i diritti degli interessati. Il conferimento dei dati richiesti con la varia modulistica predisposta, anche con accesso ai servizi on line al sito Istituzionale dell’Ente. è obbligatorio, ai sensi delle vigenti norme di legge e regolamentari in materia e il loro mancato conferimento potrebbe pregiudicare l’accesso all’esercizio di diritti o di servizi erogati dal Comune.

La finalità e base giuridica del trattamento cui sono destinati i trattamenti dei dati personali rientrano nei compiti istituzionali dell’Ente essendo le finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti derivanti dagli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dallo Statuto dell’Ente nonché dalle disposizioni impartite dalle autorità nazionali ed Europee a ciò legittimate dalla legge. La base giuridica del trattamento è l’adempimento di obblighi legali nonché l’esecuzione di compiti di interesse pubblico di cui è investito il Comune di Cuasso al Monte.

**Modalità di trattamento dei dati**

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e/o informatici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l’integrità e la riservatezza dei dati stessi.

**Responsabili del trattamento**

Per le finalità precedentemente indicate e il conseguimento degli scopi istituzionali dell’Ente, i dati personali possono essere comunicati a terzi opportunamente designati “Responsabili del trattamento”, quali altri Enti Pubblici e Istituzioni centrali e periferiche, società di servizi di digitalizzazione dati, di archiviazione, di dematerializzazione, di conservazione documentale, di gestione di posta elettronica, di banche date pubbliche, nonché scuole paritarie e private, istituti previdenziali, assicurativi, del **Servizio Sanitario Nazionale (es. neuropsichiatrie infantili, servizi fragilità)** e del servizio sanitario Regionale, Istituzioni giurisdizionali, Tesoriere dell’Ente, Società private o pubbliche di riscossioni per le seguenti attività:

* operazioni connesse ai servizi di acquisizione e conservazione documentale cartacea dell’Ente, nonché di acquisizione dei dati;
* operazioni connesse alla raccolta, trattazione e conservazione dei dati relativi ai trattamenti di di provvidenze e benefici pubblici di qualsiasi tipo e natura;
* operazioni connesse alla raccolta, trattazione e conservazione dei dati relativi alle prestazioni a sostegno della famiglia e del reddito per le prestazioni e di tutela della salute;
* operazioni connesse all’affidamento del servizio scolastico, mensa e del trasporto;
* operazioni connesse alla stampa e spedizione di comunicazioni, anche telematiche, individuali di qualsiasi tipo sia anagrafica che di stato civile, che urbanistiche sanzionatorie, socio-sanitarie o di comunicazione Istituzionale compreso il trattamento automatico in invio e ricezione delle comunicazioni di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) e relativi allegati che transitano nelle caselle istituzionali dell’Ente;
* operazioni connesse ai flussi di postalizzazione elettronica massiva, prioritaria e raccomandate;

Si informa che l’elenco delle società designate quali Responsabili del trattamento esterno è disponibile presso l’Ente e potrà essere consultato previa richiesta di accesso, per le finalità di legge consentite, nel rispetto della tutela dei dati personali previste dal GDPR 2016/679 e della normativa di cui al D.lgs. 196/2003.

**Conservazione dei dati**

I dati personali sono trattati per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra.

**Diritti dell’interessato**

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere (b) e (d), nonché da 15 a 21 del Regolamento, l’interessato può nei casi previsti esercitare i seguenti diritti:

* chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano e ottenerne copia;
* ottenere la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano;
* chiedere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
* ottenere la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano;
* ricevere i dati personali che lo riguardano in un formato strutturato, di uso comune e leggibile, da dispositivo automatico ai fini dell’esercizio del diritto alla portabilità;
* opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L’esercizio dei diritti potrà avvenire attraverso l’invio di una richiesta all’indirizzo di posta elettronica:

L’interessato ha il diritto di proporre un reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, con sede in Roma via di Monte Citorio 121 (tel. +39 06696771), seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web dell’Autorità [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

**Responsabile della Protezione Dati**

Il Comune di Cuasso al Monte, ha provveduto alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati è la società TRUST DATA SOLUTIONS S.R.L. raggiungibile al seguente indirizzo: tramite indirizzo email: info@trustdatasolutions.it oppure tramite indirizzo PEC: [trustdatasolutions@legalmail.it](mailto:trustdatasolutions@legalmail.it) o scrivendo presso la sede legale del Comune di Cuasso al Monte.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA PER ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_