

e del Decreto 6036/2024

COMUNE DI

In qualità di: ☐ DIRETTO INTERESSATO ☐ FAMILIARE ☐ ALTRO (specificare) _____

☐ PER CONTO DEL BENEFICIARIO/A

tel./cel. _____ e-mail (facoltativo) _____



Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- La seguente composizione del nucleo familiare del richiedente (beneficiario/a):

Grado parentela	Nominativo	Età	Professione

3

- di essere assistito/a al domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:
Cognome e Nome di chi presta l'assistenza (caregiver o assistente familiare personale)

Relazione di parentela/altro con il beneficiario/a: _____

Caregiver convivente (incluso nel nucleo anagrafico) ☐ SI ☐ NO

Assistente familiare personale regolarmente assunto ☐ SI ☐ NO

Altro (specificare) _____

di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso pubblico che descrive i criteri di accesso ai sostegni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;

- di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche derivanti dalla Misura B2 saranno definiti nel Progetto Personalizzato e concordati con i Servizi Sociali Comunali, con il personale sociosanitario e/o Ente di Terzo Settore;



- di accettare la valutazione multidimensionale a seguito della quale sarà redatto il progetto individuale.
- **Che il beneficiario (barrare le caselle corrispondenti):**
 - ☐ non è in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7751/2022)
 - ☐ non è beneficiario Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
 - ☐ non è beneficiario della MISURA B1

 - ☐ non è accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
 - ☐ non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato
 - ☐ non usufruisce al momento di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
 - ☐ non è beneficiario Home Care Premium/INPS
- **Che il beneficiario usufruisce dei seguenti servizi:**
 - ☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD
 - ☐ ADI
 - ☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
 - ☐ Sostegno "Dopo di Noi"
 - ☐ Misura Case management ex DGR 392/2013
 - ☐ Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
 - ☐ CSE
 - ☐ CDD
 - ☐ CDI
 - ☐ Riabilitazione ambulatoriale
 - ☐ Riabilitazione domiciliare
 - ☐ Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
 - ☐ Voucher anziani al caregiver familiare
 - ☐ Altro (specificare: _____)
 - ☐ Nessuno
- **Che il beneficiario frequenta unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie/sociali (CDD, CSE, Centro Diurno Anziani...)**
 - ☐ SI (specificare: _____)
 - ☐ NO



- **Che il beneficiario:**
 - ☐ è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992.
 - ☐ percepisce l'indennità di accompagnamento (legge n. 18 /1980).
 - ☐ è in fase di accertamento.

- **Che il beneficiario ha ricevuto contributo economico derivante da MISURA B2 annualità 2023/2024.**
 - ☐ SI
 - ☐ NO

- **Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:**
 - ☐ ISEE ORDINARIO di € _____
 - ☐ ISEE SOCIOSANITARIO di € _____

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualsiasi variazione riguardante:
 - l'eventuale ricovero in strutture residenziali (RSA, Residenze per Disabili Adulti; Hospice, Comunità Sociali);
 - cessazione del contratto di lavoro con l'assistente familiare;
 - decesso;
 - passaggio alla misura B1;
 - eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalle D.G.R. 1669/2023, D.G.R. 2033/2024 D.G.R. 2166/2024, Decreto 6036/2024) – Misura B2.
- di essere a conoscenza che l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale e/o il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dalla legge, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

5

Si allega alla presente istanza copia dei seguenti documenti:

- ☐ documento d'identità del beneficiario dell'intervento
- ☐ documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento
- ☐ documento d'identità del caregiver/assistente personale (se diverso da chi presenta l'istanza);
- ☐ verbale di invalidità/certificato di condizione di gravità accertata ex art. 3 c. 3 l. 104/92 e certificato di invalidità (100%) con accompagnamento
- ☐ certificazione ISEE in corso di validità (Valore ISEE come da massimali di cui al Paragrafo 3 dell'Avviso).

Per le domande Buono sociale personale assistenza regolarmente impiegato è necessario includere anche:

- ☐ copia del contratto di lavoro relativo all'assistente familiare e degli ultimi 3 cedolini paga
- ☐ copia dei versamenti contributivi degli ultimi 3 mesi.

**Si allegano inoltre i documenti a cura dell'assistente sociale (case manager):**

- ☐ scheda di valutazione e punteggio per graduatoria di Ambito
- ☐ scheda progetto individuale (P.I.)
- ☐ eventuali allegati a supporto del progetto (specificare _____)

In caso di accesso al beneficio, il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente (indicare un'opzione):

- ☐ Sul conto corrente intestato al beneficiario della domanda
- ☐ Sul conto corrente intestato a _____ (allegare delega sottoscritta)

IBAN

CODICE PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Per ragioni di tracciabilità non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate.

Si evidenzia che, nel rispetto di quanto definito dalla normativa vigente, le istanze incomplete della documentazione richiesta non saranno ammissibili.

6

Luogo e data, _____

Firma beneficiario _____

oppure

Luogo e data, _____

Firma delegato* _____

**nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*

(Allegare dichiarazione di impedimento alla sottoscrizione).



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In relazione ai dati personali (riferiti a “persona fisica”) trattati da parte dei Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale 11 – Garda e dell’Azienda Speciale Consortile Garda Sociale ai sensi degli artt. 13-14 del Reg. U E 2016/679, contitolari del trattamento, si informa che:

- contitolari del trattamento sono i Comuni dell’Ambito sanitario 11 del Garda, (Bedizzole, Calvagese d/Riviera, Desenzano d/G, Gardone Riviera, Gargnano, Limone s/G, Lonato d/G, Magasa, Manerba d/G, Moniga d/G, Padenghe s/G, Polpenazze d/Garda, Pozzolengo, Puegnago d/Garda, Salò, San Felice d/Benaco, Sirmione, Soiano d/Lago, Tignale, Toscolano Maderno, Tremosine s/Garda, Valvestino) e l’Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò in piazza Carmine n. 4, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore generale – dato di contatto direzione.amministrativa@gardasociale.it
- il dato di contatto del responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Speciale Consortile Garda sociale, consulenza@entionline.it
- l’Azienda si può avvalere, per il trattamento dei dati, di soggetti terzi (individuati quali responsabili del trattamento) sulla base di un contratto od altro atto giuridico (ad es. atto di designazione del Responsabile del trattamento dei dati ai sensi dell’art. 28 del Reg. UE/2016)
- i dati personali sono raccolti dai comuni contitolari in cui ha residenza l’istante, e poi trasmessi alla società Consortile Garda sociale, che si occupa della valutazione delle richieste pervenute, della formazione della graduatoria e della liquidazione. I dati vengono raccolti e trattati per le finalità istituzionali assegnate ai Comuni e all’Azienda ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. e) e lett. a) ed il trattamento è necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri; gli uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l’avvio e la conclusione della procedura di cui al presente avviso. Nel caso di specie i dati vengono raccolti per la gestione del servizio di erogazione di sostegni economici (buoni sociali) e di prestazioni (voucher sociale) a persone con disabilità residenti nei comuni dell’Ambito 1, finanziati con il Fondo Non Autosufficienza. La base Giuridica è la D.G.R. Lombardia 7751/2022, Decreto 1581/2023 Regione Lombardia
- il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale sia con strumenti elettronici/informatici
- il trattamento viene svolto in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà ivi previsti in capo agli enti pubblici
- sono trattati i dati indicati nelle linee guida, dati personali identificativi, dati sanitari e dati appartenenti a particolari categorie;
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l’adozione di decisioni sulle persone
- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti e/o per l’espletamento di procedure finalizzate alla rendicontazione del presente avviso
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione
- il mancato conferimento dei dati all’Azienda possono comportare l’impossibilità alla partecipazione al bando/avviso



- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi
- gli interessati (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto all'accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.

Per il Comune di residenza il/la responsabile designato/a dall'ente è il/la sig./ra _____.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/ 679, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.

Data _____

Firma richiedente/beneficiario _____

Data _____

Firma funzionario/a _____