



Addì ___ / ___ / _____

Al Comune di _____

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – APPLICAZIONE DGR 4249 DEL 30.10.2015 – MIS. B2

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____

Tel. _____ email _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE grado di parentela _____
- TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

- per sé
- per conto del beneficiario

Di accedere ad una o più delle seguenti prestazioni previste dalla D.G.R. n. 4249 del 30.10.2015, misura B2, previa valutazione del competente ufficio di servizio sociale del Comune di residenza:



MIS	LA/LE MISURA/E DI SOSTEGNO PER CUI SI RICHIEDE IL FINANZIAMENTO E'/ SONO:	ATTIVO DAL	A PREVENTIVO DAL
1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare		/
2.	Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro		/
3	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente		/
4	Contributi per periodi di sollievo presso unità di offerta residenziali socio sanitarie o sociali		
5	Voucher/buoni sociali per l'acquisto di interventi integrativi o complementari alla domiciliarità		
6	Voucher/buoni sociali per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità		

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARO

- che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati dall'Assemblea Interdistrettuale con Delibera n°1 del 18/02/2016;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato:

- lo stato di invalidità al
- la disabilità ai sensi della L. 104/92;
- lo stato di handicap ai sensi della L. 104/92 (nel caso di candidati minorenni);

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta é:

pari a euro, come da allegata certificazione.

- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale

MI IMPEGNO

- a dare comunicazione in caso di ricoveri futuri consapevole che, in caso di ricovero permanente l'erogazione dei contributi di cura verrà revocata;
- a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione delle dichiarazioni rese;
- a concordare con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- Dichiaro altresì che tale misura non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- Accetto che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;
- In relazione alla misura di sostegno presente, unitamente alla presente istanza, i seguenti



N.B. LA SCELTA DELLA MODALITA' CON QUIETANZA IN CONTANTI E' VINCOLATA ALL'ENTITA' DEL CONTRIBUTO (NON SUPERIORE A € 3.000,00) COME DA NORMATIVA VIGENTE.

Data _____

Firma richiedente o Suo familiare

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il signor/ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. N. 196/2003 (TUTELA DATI PERSONALI)

Il Comune di Pioltello, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti ineriscono strettamente e soltanto allo svolgimento della procedura in corso, fino alla redazione dell'atto finale, e vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'effettuazione della prestazione richiesta, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento disciplinanti l'accesso o l'erogazione della prestazione richiesta. I dati da Lei forniti vengono trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal d.p.r. 445/2000. Il conferimento dei dati ha natura facoltativa e si configura più esattamente come onere, nel senso che per poter dare seguito all'istanza da Lei formulata e/o ottenere la prestazione richiesta, deve rendere le dichiarazioni richieste da questa Amministrazione; la conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nella preclusione di dare seguito alla Sua istanza e/o alla prestazione richiesta. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno dell'Amministrazione implicato nel procedimento; i soggetti esterni di diritto coinvolti nel procedimento instaurato; ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della L.241/1990. Le ricordiamo che in qualità di interessato Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'articolo 7 del codice privacy, cui si rinvia. Il responsabile della raccolta dei dati è la responsabile dei Servizi sociali.