

 **A.S.S.E.MI.**
AZIENDA SOCIALE SUD EST MILANO

AZIENDA SOCIALE SUD EST MILANO
Ente capofila Ambito Territoriale Sociale San
Giuliano Milanese

AL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

☐ diretto interessato☐ familiare (specificare il grado di parentela)☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____**del BENEFICIARIO (dati obbligatori) ***

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

- ☐ per sé
- ☐ per conto del beneficiario

DI ACCEDERE

alla valutazione del Servizio Sociale del Comune di residenza per l'erogazione degli interventi a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza previsti dalla DGR. n. 2033/2024 - Misura B2 tra i seguenti:

Le misure di A. B. e C. **non sono cumulabili tra loro**, in capo ad un medesimo beneficiario (l'una esclude l'altra)

| | |
|--|--------------------------|
| A – Contributo economico/Buono sociale mensile per assistenza assicurata dal caregiver <u>familiare</u> | <input type="checkbox"/> |
| B - Contributo economico/Buono sociale mensile per assistenza assicurata da parte di personale di assistenza regolarmente assunto | <input type="checkbox"/> |
| C – Assegno di Autonomia per la realizzazione dei progetti di vita indipendente | <input type="checkbox"/> |

A tal fine, il/la sottoscritto/a consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- lo stato di invalidità civile al 100 % con indennità di accompagnamento: SI ☐ NO ☐

- la necessità di sostegno intensivo ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3: ☐ SI ☐ NO

- Valore ISEE: € _____

- Tipologia ISEE:

| | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 01 - ISEE Ordinario |
|--------------------------|---------------------|

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 02 - ISEE Sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico |
| <input type="checkbox"/> | 03 - ISEE Sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne |
| <input type="checkbox"/> | 04 - ISEE Sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne |

In alternativa indicare la data di presentazione DSU: _____

- di essere beneficiario nell'annualità 2023 del Buono Sociale Assistente Familiare ☐ SI ☐ NO
- che il caregiver familiare sia in possesso dei requisiti previsti dall'avviso Pubblico ☐ SI ☐ NO

Motivi di esclusione per incompatibilità:

☐ di **NON** essere accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

☐ di **NON** essere beneficiario della Misura B1;

☐ di **NON** essere destinatario del contributo - PRO.VI - da risorse progetti di vita indipendente per onere assistente personale regolarmente impiegato;

☐ di **NON** trovarsi in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

☐ di **NON** essere in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

☐ di **NON** usufruire del Voucher anziani e disabili (reddito di autonomia);

☐ di **NON** usufruire della misura Home Care Premium/INPS HCP.

Il beneficiario/il familiare, in fase di assegnazione del contributo/misura incompatibile con la Misura B2 si impegna a scegliere uno dei due benefici **ed a comunicarlo tempestivamente ad A.S.S.E.MI.** al seguente indirizzo **protocollo@assemi.it** e per conoscenza al Servizio Sociale del Comune di residenza del beneficiario.

INFORMATIVA PRIVACY

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito, "GDPR"), la informiamo che i dati personali forniti per l'accesso alla Misura FNA – B2- Interventi Integrativi Sociali

DGR N. XII/1669/2023 - FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE TRIENNIO 2022-2024 sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei suoi dati personali è il singolo Comune di residenza dell'interessato appartenente all'Ambito Territoriale Sociale di San Giuliano Milanese (Carpiano, Cerro al Lambro, Colturano, Dresano, Melegnano, S. Donato M.se, S. Giuliano M.se, S. Zenone al Lambro e Vizzolo Predabissi)

Il rappresentante legale di ogni Titolare è il relativo Sindaco. La sede di ogni Titolare coincide con quella del relativo Municipio

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile del trattamento dei suoi dati personali è A.S.S.E.MI., con sede in Via Unica Bolgiano n° 18, 20097 S. Donato M.se (MI), Tel. 02/90662329- Fax 02/90662330, mail assemi@legalmail.it

A.S.S.E.M.I. ha nominato anche il Responsabile per la protezione dei dati, contattabile via mail all'indirizzo: dpo-assemi@ifortech.com

Con la sottoscrizione in calce alla domanda l'interessato presta il consenso al trattamento dei dati personali anche particolari ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/16.

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 personali 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 _____

