

per conoscenza al COMUNE DI _____

Il/la sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE Grado di parentela

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Documento di identità n. _____ rilasciato da _____

del Sig./Sig.ra Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail

[illegible]

IN QUALITA' DI

- ☐ **beneficiario**
- ☐ **per conto del beneficiario**

delle prestazioni previste dalla DGR n. 2033/2024- MISURA B2:
(barrare uno solo degli interventi di cui si è beneficiari)

	MISURA DI SOSTEGNO:	X
1	BUONO SOCIALE per Assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte del CAREGIVER FAMILIARE	
2	BUONO SOCIALE per Assistenza continuativa alla persona in condizione di grave disabilità o di Non Autosufficienza al domicilio da parte di PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE ASSUNTO	
3	ASSEGNO DI AUTONOMIA per la realizzazione di PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE di persone con disabilità fisico motoria grave e gravissima	

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

DICHIARA

- ☐ che la situazione è rimasta compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- ☐ di **NON** essere accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie 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** essere beneficiario del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015. (Il Bonus per assistente familiare ex l.r. n. 15/2015 può essere erogato a persona valutata ammissibile alla Misura B2 ma non presa in carico con la stessa).
- ☐ di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

che permangono i requisiti accertati dalla competente commissione Socio Sanitaria:

- ☐ lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- ☐ invalidità di minore con indennità di accompagnamento;
- ☐ essere beneficiario nell'annualità 2023 del buono **PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE ASSUNTO**.

In caso di beneficiario di Buono sociale per Assistenza continuativa alla persona in condizione di grave disabilità o di Non Autosufficienza al domicilio da parte di personale di assistenza regolarmente assunto

DICHIARA

- ☐ che il contratto presentato in fase di presentazione dell'istanza non ha subito modifiche
☐ che il contratto ha subito modifiche (allegare il nuovo contratto in essere)

DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'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 dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

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 _____

