|  |
| --- |
| **Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****COMUNE DI****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**MODULO RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DI DISABILI GRAVI E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI residenti nei Comuni del sub-ambito casalasco**

**in applicazione delle D.G.R. N. 22 applicazione della D.G.R. N. 1000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000862/2020 e D.G.R 3055/2020 (Misura B2)**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* diretto interessato
* familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

L’attivazione delle prestazioni a favore di disabili gravi e anziani non autosufficienti **D.G.R. N. 22 applicazione della D.G.R. N. 1000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000862/2020 e D.G.R 3055/2020 (Misura B2)** scegliendo tra le seguenti misure**:**

* Progetto sostegno *caregiver*
* Progetto sostegno Assistente familiare
* Progetto vita indipendente adulti
* Progetto vita indipendente minori

**Tipologia assistito (barrare una sola casella)**

* Demenza
* Disabilità in seguito ad un evento traumatico (es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)
* Disabilità non post traumatiche (es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)
* Malattie del moto-neurone
* Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)
* Disabilità sensoriale
* Altra malattia neurodegenerativa (es. malattia di Huntington, ecc.)
* Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
* Ritardo mentale
* Sindromi congenite su basi cromosomiche (es. sindrome di Down, ecc.)
* Distrofie muscolari e altre miopatie
* Sclerosi multipla
* Altro (ATTENZIONE da considerare come scelta residuale)

**Specificare se:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Il/La beneficiario/a usufruisce del servizio ADI? | SI  | NO  |
| * È stata presentata istanza a valere sui fondi Dopo di Noi?
 | SI  | NO  |
| Se si, la domanda è stata accettata?  | SI  | NO  |
| * È stata presentata istanza a valere sui fondi Reddito di Autonomia?
 | SI  | NO  |
| Se si, la domanda è stata accettata?  | SI  | NO  |
| * È stata presentata istanza per Fondi non Autosufficienza misura B1?
 | SI  | NO  |
|  Se si, la domanda è stata accettata?  | SI  | NO  |

A tal fine dichiara e allega alla presente istanza:

O di essere Invalido Civile al 100 %

O di avere diritto all’indennità di accompagnamento

O di avere certificazione di disabilità grave art. 3 c. 3 legge 104/1992

O di avere un ISEE sociosanitario pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O di avere un ISEE ordinario pari a €

O di fornire l’attestazione ISEE appena sarà possibile produrla presso i CAF

O di avere in essere un contratto di lavoro a favore di un assistente familiare (se richiesto sostegno

 all’assistente familiare)

Dichiara di accettare la valutazione multidimensionale, che potrà essere svolta in modalità telematica e/o con le modalità consentite a livello nazionale e regionale, a seguito della quale sarà steso il progetto individuale.

Dichiara di redigere un progetto personalizzato in accordo con il servizio sociale, con il personale sanitario e/o ente gestore.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili**

Il trattamento dei dati personali, particolari (ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è unicamente l’esame delle istanze inerenti la domanda per le prestazioni della Misura B2 prevista dalla D.G.R. N. 22 applicazione della D.G.R. N. 1000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000862/2020 e D.G.R 3055/2020 (Misura B2) che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

I dati verranno trattati nel rispetto della suddetta normativa europea esclusivamente per la predetta finalità.

Nell’ambito dell’esame delle istanze i Comuni del sub-ambito casalasco e il Consorzio Casalasco Servizi Sociali, si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 (“GDPR”) mediante l’adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell’art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l’impossibilità di procedere all’istruttoria dell’istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all’interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza del richiedente.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è il Consorzio Casalasco Servizi Sociali.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 del Consorzio Casalasco Servizi Sociali è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la firma in calce l’interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari per la suddetta finalità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 (“GDPR”). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di residenza nella fase di inserimento della domanda nel sistema informatizzato dei servizi sociali, dal Consorzio Casalasco Servizi Sociali e dall’ASST di Cremona nella fase di valutazione e redazione del progetto personalizzato e dall’ATS Val Padana nella fase di rendicontazione economica.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerato che il Sig./la Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* amministratore di sostegno
* tutore

Acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell’ambito e per le finalità indicate nell’informativa.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.P.R. n° 445/2000 art. 4, comma 2 MODELLO 1

La dichiarazione nell’interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell’esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell’identità del dichiarante.

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell’art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) Del Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

attesta l’impedimento del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda di contributo, consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

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

Luogo e data

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