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

**MODULO RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DI DISABILI GRAVI**

**In attuazione della normativa Dopo di Noi legge n. 112 del 2016**

**residenti nei Comuni del Sub-Ambito Casalasco**

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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

(Barrare con una crocetta l’intervento per cui viene fatta domanda)

* **Interventi Gestionali**: di poter attivare un progetto individuale ai sensi dell’art.14 Legge 328, relativo ad per l’assegnazione dei sostegni a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -Dopo di noi- L. 112/2016 – DM 2016 e in attuazione della DGR n. XI/3404/2020- annualità 2018-2019:
* Accompagnamento all’autonomia (percorsi di accompagnamento all’autonomia per l’emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione). A tal fine dichiara di essere disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezze e sviluppo delle proprie autonomie ovvero percorsi di accompagnamento dall’uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all’autonomia.
* Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla residenzialità). A tal proposito segnalo l’eventuale disponibilità:
* ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi.
* a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un’unica abitazione
* Interventi di Pronto intervento/sollievo (Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

A tal fine dichiaro che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere disponibile all’ esperienza di permanenza in accoglienza temporanea presso la struttura di residenzialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Interventi Infrastrutturali**: di poter attivare un progetto individuale, ai sensi dell’art.14 Legge 328, relativo ad interventi infrastrutturali previsti nell’avviso Dopo di noi – annualità 2018/2019:
* Interventi di ristrutturazione dell’abitazione.
* Sostegno del canone di locazione
* Sostegno delle spese condominiali

La persona si rende pertanto disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso l’abitazione di proprietà sottoposta a ristrutturazione da destinare ad alloggio per il dopo di noi.

In caso di assegnazione del contributo, la persona è consapevole che l’immobile o unità abitativa oggetto del progetto richiesto non potrà essere alienato né distolto dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto, per un periodo di almeno 5 anni dalla data di assegnazione del contributo.

La domanda di contributo viene richiesta per l’alloggio sito in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_

DICHIARA

che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (beneficiario/a):

* ha una disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
* è in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92
* ha età compresa tra i 18 e i 64 anni
* non usufruisce di altre misure, ovvero usufruisce di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto
* di avere un ISEE SOCIO SANITARIO pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_;
* è privo del sostegno famigliare in quanto (barrare):
* mancante di entrambi i genitori
* presenza di un solo genitore
* genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale /prospettiva del venir meno del sostegno familiare

Dichiara inoltre che:

1. Di frequentare (segnare con una croce nell’apposito spazio) i seguenti servizi diurni:

□ Centro Socio Educativo (CSE)

□ Servizio di Formazione all’Autonomia (SFA)

□ Centro Diurno Disabili (CDD)

□ Servizio Territoriale disabili autorizzato

1. Di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell’apposito spazio):

□ Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

□ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

□ Sostegni quali protesi/ausili

□ Misura B1 FNA Buono assistente personale

□ Misura B2 FNA: Buono *caregiver* familiare

□ Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

□ Voucher inclusione disabili (Reddito di autonomia disabili)

□ Accoglienza residenziale in Unità d’Offerta sociosanitarie, sociali (RSD; CA; CSS) (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

□ Sostegni inerenti le misure “Dopo di noi” (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Contributi economici di altra natura (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. È inserito/a in gruppo appartamento, Cohousing/Housing □ SI □NO

Nell’alloggio sito in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_

 Eventuale ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Eventuale tipologia di presenza dell’assistente personale regolarmente assunto/a:

□ nessuno

□ 24 H

□ Tempo pieno > 7 ore

□ Tempo parziale < 7 ore

□ Qualificato 24 h

□ Qualificato tempo pieno > 7 ore

□ Qualificato tempo parziale < 7 ore

□ Altro

DICHIARA INOLTRE

* Di aver preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni.
* Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l’accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale personalizzato sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori socio-sanitari di ASST e del Comune di residenza e dell’Ufficio di Piano, ed integrata da operatori di Enti del terzo Settore eventualmente segnalati nella rete progettuale.
* Di essere a conoscenza dei criteri di priorità previsti per l’assegnazione delle risorse riportati nell’Avviso e per quanto non specificato in riferimento al Decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. XI/3404 del 20/07/2020;
* Di impegnarsi a sottoscrivere un progetto individualizzato;
* Di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al proprio Comune di residenza/ l’Ufficio di piano, entro dieci giorni dall’evento stesso;
* Di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l’Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’autorità giudiziaria;
* 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 alla domanda per le prestazioni Dopo di Noi DGR XI/3404 del 20.07.2020 in attuazione della normativa nazionale sul “Dopo di Noi” l. n. 112/2016 e D.M. 23.11.2016che 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/la sottoscritto/a 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

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