

**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

All'Assistente Sociale  
Del Comune di \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI  
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE  
ai sensi della DGR n. 4749/2021 di Regione Lombardia**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....

nato/a ..... prov. .... il .....

residente in (comune) ..... via ..... n.....

telefono..... codice fiscale.....

in qualità di  beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  familiare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome ..... nome .....

nato/a a ..... prov. .... il .....

residente a Varese in via / piazza ..... n. ....

telefono ..... codice fiscale .....

**CHIEDE**

in attuazione della DGR 4749/2021, di poter usufruire dei seguenti interventi:

A) Sostegno a percorsi di accompagnamento verso l'autonomia mediante l'erogazione di

**VOUCHER** annuale ( fino a max € 4800)

**QUOTA ULTERIORE** ( € 600)

B) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

**VOUCHER MENSILE** fino a max € 500 per residenzialità in gruppo appartamento

**VOUCHER MENSILE** fino a max € 700 per residenzialità in gruppo appartamento

**CONTRIBUTO MENSILE** fino a max € 600 per residenzialità autogestita

**BUONO MENSILE** fino a max € 900 per residenzialità in housing o cohousing

C)  Interventi di permanenza temporanea extra familiare ( pronto intervento/sollievo)

- D) Sostegno al canone locazione e/o spese condominiali
- CONTRIBUTO MENSILE** ( fino a max € 300,00) per canone locazione
  - CONTRIBUTO ANNUO** (fino a max € 1500) per spese condominiali

## DICHIARA

- che il/la sig./a \_\_\_\_\_
- è stato riconosciuto/a in condizioni di disabilità gravità ai sensi dell'art. 3 comma legge n.104/1992 come da verbale di invalidità allegato;
- è privo del sostegno familiare  SI  NO
- nell'anno 2017 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 5940  SI  NO
- frequenta servizi sanitari diurni  SI  NO
- frequenta strutture sociali/sociosanitarie(SFA,CSE,CDD;CDI)  SI  NO
- è inserito in gruppo appartamento, residenzialità autogestita cohousing, housing  SI  NO
- ha la seguente tipologia di presenza dell'assistente personale:
  - 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
- utilizza altri servizi :
  - sad
  - misura b1
  - misura b2
  - protesi ausili
  - ADI
  - Legge 23
  - RSA aperta
  - progetto vita indipendente
  - Altro
  - .....
- di essere a conoscenza che la presente istanza non produrrà automaticamente l'accesso alle misure del "Dopo di noi" in quanto esso è subordinato alla valutazione della situazione socio-familiare, economica e sanitaria da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune congiuntamente con altri operatori dell'ASST
- di autorizzare l'assistente sociale del proprio comune di residenza ad effettuare visite domiciliari anche in collaborazione con altri professionisti dell'ASST
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche, socio-familiari e sanitarie che determinino la perdita del diritto alla concessione degli interventi;
- di essere a conoscenza che il Comune e l'ASL, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 71, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 il/la

sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti e ciò comporterà la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.

- che in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti l'intervento di cui ha beneficiato;

Ai sensi all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data, \_\_\_\_\_

In fede

(firma) \_\_\_\_\_

#### ALLEGATI

- Copia del verbale di invalidità civile con indicazione della diagnosi;
- copia della CRS

**La Domanda sarà considerata valida solo se completa dei documenti richiesti.**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI – INFORMATIVA ALL'UTENZA  
Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Signore, La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività del Comune. I dati potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo, inoltre, che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Agli operatori di questo Ente, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Agli operatori dell'Ufficio di Piano di Tradate e ai componenti dell'assemblea dei Sindaci e del tavolo assessori dell'ambito distrettuale di Tradate, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Agli operatori dell'ATS Insubria, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- Alle Società, Enti/Aziende che, per conto dell'Ente, forniscono specifici servizi elaborativi, che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quelle dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da lei richieste;
- Ai soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. N. 196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente.

*Decreto Legislativo n.196/2003,*

*Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*

*1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

*2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

- a) dell'origine dei dati personali;*
- b) delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

*3. L'interessato ha diritto di ottenere:*

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di*

*legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*

*c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

*4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

*a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*

*b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi del D.Lgs. 196/03 autorizzo il Comune di \_\_\_\_\_ e l'ufficio di piano di Tradate a sottoporre a trattamento i dati personali/sensibili sopra riportati in quanto necessari ai fini dell'erogazione dell'eventuale contributo economico nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, comunicazione e diffusione, per iscritto con apposita nota informativa, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizzo altresì il Comune di \_\_\_\_\_ a comunicare i dati sensibili relativi allo stato di salute, ove necessari per la realizzazione di modelli di assistenza integrata con i servizi socio-sanitari dell'ATS Insubria e con i gestori dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari coinvolti nel percorso assistenziale

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_