

DOMANDA PROSECUZIONE MISURA B1

(ai sensi della DGR n. XII/3719/2024)

Spett. le ASST

.....
.....

Domanda presentata tramite:

- raccomandata con ricevuta di ritorno
- posta pec
- consegna al protocollo ASST
- consegna all'operatore Equipe di valutazione ASST

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/p.zza _____ n° _____

in qualità di

diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati del beneficiario)

tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

altro _____ (specificare)

del/la Sig./Sig.ra (beneficiario):

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____ prov. (____) cap _____

in via/p.zza _____ n° _____

estremi **conto corrente:**

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Intestato a _____

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

1. di **confermare il mantenimento dei requisiti** di accesso e l'**assenza di incompatibilità**;
2. di **confermare/individuare** come **care giver familiare** il/la sig./ra _____
(cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare – se non già in possesso della ASST - il documento di identità) Codice Fiscale _____ (se non già agli atti della ASST) ;
3. di **confermare** di avvalersi di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, ...) regolarmente assunto:
 NO
 SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla DGR n. XII/3719/2024, che allega:
 Tempo pieno Part-time >= 20 ore settimanali >= 10 ore/settimanali
e pertanto s'impegna a presentare, **a cadenza trimestrale, autocertificazione** ai sensi del DPR n. 445/2000 per la parte relativa **alle quote di costo legate al cedolino, o dalle fatture** emesse da ente terzo/professionista, integrata periodicamente con **copia della quietanza** relativa al pagamento delle fatture e dei **contributi** previdenziali;
4. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere **documentazione integrativa** e l'**accesso domiciliare da parte di personale della ASST/Ambito/Comune** di residenza;
5. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno **procedere a idonei controlli** diretti ad accertare la **veridicità delle dichiarazioni** rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;
6. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
7. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto la Misura sarà sospesa;
8. di aver preso visione dell'informativa all'utenza relativa alla misura B1;
9. di esprimere il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

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

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulta necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulta necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento

dell'attività istituzionale dell'Ente;

- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio-Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- 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;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine **ALLEGA**

(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda ***
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente – anche sul nucleo ristretto
 - **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente –

*ATTENZIONE qualora non fosse disponibile la certificazione in corso di validità, è possibile presentare una dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 attestante l'impegno a produrre la nuova certificazione ISEE, allegando copia della ricevuta di richiesta al CAF/Patronato. In questo caso è necessario compilare e firmare la dichiarazione nel riquadro a pagina 4 (La pratica deve essere perfezionata entro il 30/04/2025)

- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante**
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** (se presente e solo se non già agli atti della ASST) e **copia del versamento contributi previdenziali** (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)

Ed infine **CHIEDE** che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
cell. _____	tel _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della
responsabilità genitoriale

- (1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

DICHIARA

(ai sensi del DPR n. 455/2000 e ss mm ii),

- di aver presentato richiesta di certificazione ISEE; ed allega copia della ricevuta di richiesta al CAF patronato
- di impegnarsi a produrre la nuova documentazione appena disponibile e comunque entro il 30 aprile 2024, pena la sospensione del contributo fino al perfezionamento dell'istanza.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

