Spett.le

UFFICIO DI PIANO

AMBITO DI TIRANO

Comunità Montana Valtellina di Tirano

Via Maurizio Quadrio 11,

23037 TIRANO (SO)

**PEC: udp.cmtirano@pec.cmtirano.so.it**

**MAIL: udp@cmtirano.so.it**

**DOMANDA DI VALUTAZIONE PER ACCESSO ALLE MISURE PREVISTE DAL BANDO ATTUATIVO DELLA MISURA B2** **PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (DGR 3719/2024)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email/PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**

* **richiedente**

**OPPURE**

* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno
* familiare
* genitore in caso di beneficiario minorenne

di **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_ |\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email/PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE la valutazione per l’accesso ai seguenti strumenti**

**Strumenti destinati ai soli beneficiari assistiti da caregiver familiare**, anche cumulabili tra loro:

* misura a) Buono Sociale per un importo massimo di € 100,00 mensili
* misura b) Voucher annuale di importo massimo di € 3.600,00 erogato da un Ente accreditato.

**oppure**

* **Strumenti dedicati ai beneficiari assistiti da personale regolarmente impiegato - badante**

Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* di aver preso visione del bando per l’erogazione del buono sociale sopraindicato e di accettarne le condizioni;
* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) per prestazioni di natura sociosanitaria o ISEE minorenni, allegato alla presente, risulta essere pari ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di trovarsi in situazione in una delle seguenti condizioni *(segnare con una croce nell’apposito spazio):*
  + possesso di certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 legge 104/1992,
  + di essere in attesa di definizione del processo di accertamento ed impegnarsi a consegnare la certificazione ottenuta;
  + di beneficiare dell’indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988;

□di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto fornito dal seguente familiare – caregiver(*secondo la definizione di cui all’art 2 del bando)*

|  |  |
| --- | --- |
| nominativo |  |
| data e luogo di nascita |  |
| residenza |  |
| grado di parentela rispetto al richiedente |  |

**Oppure**

**□** di acquistare prestazioni da assistente familiare (badante) per almeno 25 ore settimanali;

Di **NON** fruire alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi:

* accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
* Misura B1;
* ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
* presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
* voucher anziani e disabili ex dgr7487/2017e s.m.i
* Home Care Premium/INPS HCP e Prestazione Universale- Decreto Anziani;

Di **beneficiare** alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi

* + Assistenza Domiciliare Integrata ( ADI)
  + Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
  + Frequenza di servizio diurno sociosanitario o sociale (CDD, CDI)
  + interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
  + ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell’anno, per minori per massimo 90 giorni;
  + Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 importo riconosciuto per il personale di assistenza regolarmente impiegato pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere a conoscenza che l’assegnazione ed erogazione dei titoli avverrà solo a seguito della presentazione di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto da bando;
* Di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.CM. 5 dicembre 2013, n. 159 e del DPR 455/2000 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.
* Di essere a conoscenza il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell’accudimento (familiare o assistente personale) e dell’adeguata assistenza fornita e che l’erogazione del buono sociale sopra indicato sarà sospesa qualora venga rilevata incuria o abbandono del soggetto fragile.

**SI IMPEGNA**

* a sottoscrivere il Progetto Individuale, elaborato dall’assistente sociale del Servizio Sociale;
* a comunicare tempestivamente all’Ufficio di Piano il ricovero definitivo in strutture sociali, sociosanitarie o sanitarie, il trasferimento di residenza in comuni non compresi nell’ambito territoriale di Tirano o il verificarsi di altre condizioni che determinano la decadenza dal contributo come indicato all’art. 6 del Bando;
* a consegnare tutta la documentazione attestante la propria condizione sanitaria se richiesta dal Servizio Sociale per la valutazione multidimensionale.

**CHIEDE**, in caso di assegnazione del beneficio:

l’accredito dell’importo del buono sociale sul c/c bancario/postale **intestato al richiedente** presso la Banca/Agenzia…………………………………….……………di…………………………………….…. codice IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

la rimessa diretta tramite la tesoreria di questa di questa Comunità Montana - BANCA POPOLARE DI SONDRIO – FILIALE DI TIRANO – Piazza Cavour - 23037 TIRANO

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

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

* COPIA ATTESTAZIONE ISEE per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (Isee minorenni se minore)
* Oppure COPIA dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)COPIA VERBALE INVALIDITA’ CIVILE ED EVENTUALE RICONOSCIMENTO L.104/92 O DELL’INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
* EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA AGGIORNATA
* COPIA CARTA D’IDENTITA’ E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA
* COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL SOGGETTO FRAGILE
* DOCUMENTO BANCARIO IN CUI SONO RIPORTATE LE COORDINATE BANCARIE (IBAN) SU CUI EFFETTUARE IL BONIFICO
* ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo nel caso di richiesta di Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa, attuato con Assistenti Familiari (badanti) vanno allegate anche:

* COPIA CONTRATTO DI ASSUNZIONE DELL’ASSISTENTE FAMILIARE
* COPIA ULTIMO VERSAMENTO INPS RELATIVO AI CONTRIBUTI PER ASSISTENTE FAMILIARE, OVVERO COPIA DENUNCIA INPS SE IL CONTRATTO È STATO STIPULATO DI RECENTE

**Informativa sul trattamento dei dati personali”**

Il trattamento dei dati personali, particolari e giudiziari sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è l’esame delle istanze per gli interventi previsti dalla **Misura B2 DGR N. 3719/2024** di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell’ambito dell’esame delle istanze, la Comunità Montana Valtellina di Tirano 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 trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali. Il Titolare del trattamento dei dati personali è al Comunità Montana Valtellina di Tirano può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento Generale. Nel caso la richiesta del titolare dei dati renda improcedibile l’istruttoria, il contributo richiesto non sarà erogato. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale è reperibile presso gli Uffici della Comunità Montana Valtellina di Tirano

Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) è Trust Data Solutions S.r.l. con sede in Viale Cesare Cattaneo 10B, 22063 Cantù (CO).Team DPO Trust Data Solutions Tel.: 031707879 E-mail: dpo@trustds.it PEC: dpotrustds@legalmail.

Si informa che i dati personali dei beneficiari dei contributi concessi per la Misura sopra indicata, saranno resi disponibili ai servizi sociali, ai competenti uffici regionali, al fine di consentire azioni di monitoraggio e valutazione, ASST Valtellina e Alto Lario e ATS Montagna e alla Regione Lombardia ed agli Enti preposti ai controlli delle dichiarazioni rese.