

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali
Ambito Territoriale Valle Seriana
Superiore e di Scalve
c/o Comune di Clusone

Oggetto: Domanda di accesso ai sensi della DGR X/7856 del 12/02/2018 avente ad oggetto “Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze anno 2017” – Operatività 2018

Tipo di strumento richiesto:

- Buono Sociale mensile per Caregiver familiare (utilizzabile per attività di sostegno alla domiciliarità)
- Buono Sociale mensile per Assistente Personale assunto con regolare contratto
- Buono sociale per progetto di vita indipendente

Dati beneficiario

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ indirizzo _____

n° _____ CAP _____ Telefono _____

In carico alla Misura B2 con l'annualità precedente: sì no

Fruitore della Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018: sì no

Fruitore della Misura B1 ex DGR ex DGR 7856/2018: sì no

Informazioni sanitarie

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento e/o frequenza: sì no

Certificazione handicap grave art. 3, commi 1 e 3, L. 104/92: sì no

Protezione giuridica: Tutore Curatore Amministratore di sostegno

Obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili

- favorire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone con grave disabilità/non autosufficienza;
- sostenere e supportare la persona e la famiglia per garantire la possibilità di permanenza al domicilio e nel proprio contesto di vita (anche mediante acquisto di prestazioni esterne);
- sostenere i costi delle prestazioni di personale esterno alla famiglia (assistente familiare) che garantisce l'assistenza.

Erogazione buono

Il sottoscritto dichiara di essere informato/a che l'erogazione del buono è subordinata alla sottoscrizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) concordato dalla famiglia con l'Assistente Sociale del Comune di residenza ed alla verifica dell'effettivo rispetto di quanto previsto dal PAI.

Luogo e data

Il dichiarante

La presente dichiarazione è resa:

- allegando fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità;

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.

Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati dal Comune di Clusone per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell'ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce al Comune di Clusone di dar seguito alla presente richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del Regolamento UE n. 2016/679, con l'ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento. Titolare del trattamento è il Comune di Clusone.

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici per l'adempimento degli obblighi di legge.

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al Comune di Clusone dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate dal Comune di Clusone solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede..

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, li _____

Firma

Allegati:

- Carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e del suo rappresentante legale (se nominato) in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- Verbale di invalidità - Documentazione diagnostica clinica
- Contratto di lavoro Assistente Personale (solo per il buono all'Assistente personale e buono per progetti di vita indipendente)
- Scheda ADL, scheda IADL, scheda di valutazione sociale
- Documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario del beneficiario (CODICE IBAN). Il beneficiario deve risultare nell'intestazione del conto corrente.
Non saranno accettati estremi di conti correnti/libretti postali.
- Modulo per la scelta della modalità di pagamento (Allegato A).
Per chi fosse impossibilitato al ritiro presso la Tesoreria del Comune di Clusone e non avesse C.C. Bancario, si allega (Allegato B) modulo di delega per l'accredito od il ritiro del valore del Buono.

Luogo e data

Il dichiarante

Allegato A

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

SCELTA MODALITÀ DI VERSAMENTO BUONI SOCIALI

Il sottoscritto _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

DICHIARA:

DI INDIVIDUARE per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto dal Buono sociale, la seguente modalità di versamento:

- Conto corrente bancario con dimostrazione di titolarità o di autorizzazione ad operare sul conto corrente di cui sopra;

IBAN: _____

Istituto Bancario _____

Filiale di _____

- Ritiro in contanti presso la Tesoreria del Comune di Clusone individuata nella UBI BANCA – FILIALE DI CLUSONE - Via Verdi, 3 Clusone (Bg).

Data _____

Il dichiarante

AUTORIZZAZIONE QUIETANZA (EVENTUALE)

DI AUTORIZZARE il versamento del contributo con quietanza a

Data _____

Il dichiarante

Allegato B

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 02
24023 Clusone (BG)

Il sottoscritto _____ Nato/a a _____
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ indirizzo _____
n° _____ CAP _____ Telefono _____ ad agire per mio conto per il ritiro del
Buono Sociale _____ nella seguente modalità:

Bonifico su C.C. Bancario IBAN: _____
intestato a _____

Ritiro presso la Tesoreria del Comune di Clusone – UBI BANCA – FILIALE DI
CLUSONE – Via Verdi n. 3.

Luogo e data

Firma leggibile del delegante

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del beneficiario del buono.