

**AMBITO CORSICHESE
ATS MILANO – CITTÀ METROPOLITANA**

Comuni

Assago, Buccinasco, Cesano Boscone, Corsico, Cusago, Trezzano sul Naviglio

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA
2019
A PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE NON AUTOSUFFICIENTI
- MISURA B2 (DGR 2720/2019)**

IL SOTTOSCRITTO:

NOME E COGNOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____ PROVINCIA _____

VIA _____ N _____

TEL _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

In qualità di:

Beneficiario

Familiare – Specificare il grado di parentela _____

Altro – Specificare _____

Del beneficiario (compilare nel caso di soggetto diverso da chi presenta la domanda):

NOME E COGNOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____ PROVINCIA _____

VIA _____ N _____

TEL _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE,

per sé/per conto del beneficiario, di poter usufruire della seguente prestazione:

A - Buono sociale mensile per caregiver familiare

- A2 - Buono sociale mensile integrativo per assistente personale
- B - Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente
- C - Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori

A tal fine, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti,

DICHIARA

- Di essere in possesso di certificazione invalidità 100% SI NO
- Di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento SI NO
- Di essere beneficiario dell'indennità di accompagnamento per minori SI NO
- Di essere in carico al Servizio Sociale Comunale SI NO
- Di essere in carico al Servizio Socio-sanitario Distrettuale (ADI) SI NO
- Di avere ISEE inferiore a Euro 20.000 se richiedente la prestazione B, oppure di avere ISEE minorenni inferiore a Euro 40.000 se richiedente prestazioni A, A1, C e il beneficiario è minorenne, oppure di avere ISEE sociosanitario inferiore a Euro 25.000 se richiedente prestazioni A, A1, C e il beneficiario è maggiorenne.
- Di non trovarsi in nessuna di queste condizioni:
 - a. accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - b. fruizione Misura B1;
 - c. contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale assunto;
 - d. ricovero di sollievo a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - e. ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
 - f. presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, SFA);

- g. presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno (≥ 18 ore settimanali);
- h. presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- i. fruizione Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- j. fruizione di sostegni sulla misura DOPO DI NOI non relativi al pagamento del canone di locazione delle spese condominiali.

Composizione del nucleo familiare:

- Solo Coniuge/convivente Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
 Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
 Coniuge/convivente e figlio/i minore/i e figlio/i maggiorenne/i
 Coniuge/convivente e un genitore/entrambi i genitori Ambedue i genitori
 Entrambi i genitori e fratello/i e/o sorella/e Padre
 Padre e fratello/i e/o sorella/e Madre Madre e fratello/i e/o sorella/e
 Fratello/i e/o sorella/e Figlio/a/i
 Altro (specificare) _____

Caregiver familiare:

- Nessuno Coniuge/convivente Figlio/a/i Entrambi i genitori
 Padre Madre Fratello/i e/o sorella/e Cugino/a
 Nuora/genero Cognato/a Zio/a
 Altro (specificare) _____

Assistente personale (badante):

- Nessuno
 Assistente personale 24h
 Assistente personale tempo pieno (min. 7 h al giorno)
 Assistente personale part time (max. 7 h al giorno)
 Assistente personale qualificato 24h
 Assistente personale qualificato tempo pieno (min. 7 h al giorno)

SI IMPEGNA

A presentare la documentazione di cui sopra non allegata alla presente entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, pena l'esclusione dalla graduatoria.

INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'erogazione dei contributi di cui al presente bando ai sensi dell'art. 6 par. 1 lettera e) del Regolamento 2016/679.

I dati forniti potrebbero essere trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in un Paese terzo.

Il conferimento dei dati è facoltativo e il loro utilizzo è esclusivamente limitato ai fini di cui al presente bando; in caso di diniego al conferimento dei dati non sarà possibile considerare la candidatura né erogare il contributo sopra indicato.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

I diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente potranno essere fatti valere in qualsiasi momento - tramite richiesta al titolare del trattamento. Può essere altresì proposto reclamo all'Autorità Garante per la Privacy.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di residenza, che potrà essere contattato ai riferimenti resi noti attraverso i rispettivi siti istituzionali, parimenti a quelli del Responsabile della protezione dei dati.

IL RICHIEDENTE

Data _____
