

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DEL
CAREGIVER FAMILIARE - DPCM del 27 ottobre 2020**

MODELLO DI DOMANDA

DATI DEL CAREGIVER

Il/la sottoscritto/a

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

Codice Fiscale

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

CAP..... tel./cell...../..... e-mail.....

IN QUALITÀ DI CAREGIVER del/la Sig/ra _____

CHIEDE

di essere ammesso al seguente sostegno/contributo per caregiver familiare di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021

- Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali.**
- Assegno di cura finalizzato all'acquisto di servizi di cura/assistenza diretta a favore del disabile assistito che rientra nella casa familiare a seguito di deistituzionalizzazione.**

A tale scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA:

1- Di assistere il familiare:

Cognome e Nome

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

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a..... (.....)

in via/piazza.....

CAP..... tel./cell...../.....e-mail.....

2- Di avere con l'assistito/a il seguente rapporto di parentela o affinità:

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> coniuge | <input type="checkbox"/> unito civilmente | <input type="checkbox"/> convivente. | <input type="checkbox"/> padre/madre |
| <input type="checkbox"/> figlio/figlia | <input type="checkbox"/> fratello/sorella | <input type="checkbox"/> nuora | <input type="checkbox"/> genero |
| <input type="checkbox"/> nipote | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | | |

3- Che il familiare assistito si trova nelle seguenti condizioni (è possibile selezionare più casistiche):

- persona non in grado di prendersi cura di sé, riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- persona in condizione di disabilità gravissima come definita dall'art 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26/9/2016, beneficiaria dell'indennità di accompagnamento, oppure definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e a cui è riconosciuta la rispettiva indennità;
- persona che non ha avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali legate all'emergenza SARS COV2, e che risultino in lista di attesa per l'accesso alle strutture residenziali;
- persona inserita in struttura residenziale in regime convenzionato, destinataria di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con il caregiver familiare;

4- aver preso visione dell'Avviso e di essere consapevole delle condizioni di INCOMPATIBILITA' per la fruizione dei contributi oggetto della presente istanza come in esso riportati, ai sensi di quanto previsto dalla DGR 589/2021;

DICHIARA INOLTRE:

- di aver preso visione dei termini dell'avviso
- di CONVIVERE con la persona assistita**
- di impegnarsi a convivere con la persona assistita dal momento della deistituzionalizzazione e di essere consapevole che l'erogazione dell'eventuale contributo economico potrà decorrere solo dalla data di rientro in famiglia della persona assistita**

(N.B. BARRARE LA CONDIZIONE CHE RICORRE)

di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo di cui alla DGR n. 589 del 20.09.2021.

DICHIARA inoltre di essere consapevole che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso.

COMUNICA i seguenti dati ai fini della riscossione del contributo

Accredito su conto corrente intestato a

Codice Fiscale

Banca

IBAN: *(si consiglia di allegare anche copia di un documento della banca in cui sia riportato il codice IBAN, al fine di poter gestire eventuali errori o illeggibilità del codice sotto indicato)*

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali)

Gentile Utente

In relazione ai rapporti contrattuali intercorsi o a quelli che potranno essere intrattenuti in futuro, ai sensi del Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali, La informiamo che i Suoi dati sono trattati nell'ambito della banca dati informatica e cartacea

FONTE DEI DATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati in nostro possesso, sono raccolti presso l'interessato in forma scritta e/o verbale, direttamente o tramite terzi. Tutti i dati raccolti sono comunque trattati con la dovuta riservatezza e nel rispetto della normativa vigente.

Il trattamento dei dati viene effettuato solo e unicamente per il corretto espletamento dell'attività di orientamento, presa in carica, attivazione tirocini, formazione, erogazione voucher e l'aggiornamento di un data-base degli utenti per l'invio di comunicazioni inerenti all'intervento.

MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati viene eseguito con strumenti informatici, ivi compresi strumenti per la trasmissione telematica, ma anche attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei.

Nelle operazioni di trattamento dei dati sono inoltre adottate tutte le misure di sicurezza atte a custodire e controllare i dati in modo da ridurre al minimo i rischi di una loro distruzione o perdita, anche accidentale, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO/RESPONSABILE/INCARICATO

Titolare del trattamento dei dati è la Comunità Montana Montagna Marsicana ECAD n.2 Marsica : pec: montagnamarsicana@pec.it

Responsabile del trattamento dei dati: Sabrina Frezza

Responsabile della protezione dei dati: Silos Sistemi E-mail
ufficiosociale@montagnamarsicana.it

CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati è necessario per lo svolgimento delle tipologie di intervento.

Un eventuale non conferimento dei dati, così come un parziale conferimento dei dati stessi potrebbe comportare l'impossibilità di continuare a svolgere le proprie attività istituzionali, nonché di fornire tutti quei servizi per i quali l'acquisizione dei dati costituisce presupposto indispensabile per l'effettuazione delle prestazioni.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE Ove necessario, nell'ambito delle finalità del trattamento, i dati potranno essere comunicati, in Italia e all'estero, per l'espletamento degli adempimenti ad altri soggetti, come ad esempio:

Istituti di credito, professionisti (commercialisti, avvocati, ecc.), assicurazioni, società di leasing, società finanziarie, società di consulenza, società di recupero crediti e a tutti quanti collaborano internamente o esternamente con la nostra società.

I dati non saranno diffusi per altre finalità, salvo un Suo esplicito consenso. Ai fini del corretto trattamento dei dati è, comunque, necessario che l'interessato comunichi tempestivamente le eventuali variazioni dei dati forniti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato può rivolgersi al Titolare del Trattamento per far valere i suoi diritti così come previsto dal Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali, come di seguito riportato:

Reg. UE 2016/679 Regolamento Generale per la Protezione dei Dati Personali – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

In qualsiasi momento, rivolgendosi alla nostra sede, nella forma ritenuta più opportuna (e-mail, fax, lettera) Lei potrà chiedere

- Di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla;
- di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine;
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
- l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati;

- l'attestazione che le operazioni predette sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

Firma per esteso e leggibile del richiedente _____

Allega alla presente:

per le istanze relative al contributo una tantum (art.4, punto 2):

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE del caregiver richiedente il contributo, in corso di validità;
- Attestazione dei servizi sociosanitari circa il ruolo di caregiver familiare ricoperto nel processo di cura della persona assistita;
- Attestazione UVM, o di altri Organismi sociosanitari autorizzati, di avvenuta valutazione della persona assistita con espresso parere positivo all'inserimento in struttura;
- Certificazione da parte della struttura, di impossibilità di accesso a causa delle disposizioni normative inerenti la situazione di emergenza sanitaria;

per le istanze relative alla deistituzionalizzazione (art.4, punto 3)

- fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- fotocopia documento di identità in corso di validità del familiare assistito;
- titolo di soggiorno se cittadino straniero;
- certificazione di disabilità/non autosufficienza della persona assistita
- certificazione ISEE della persona assistita, in corso di validità;
- attestazione della presenza in struttura sociosanitaria/sanitaria della persona assistita
- Dichiarazione di impegno ad attivare l'iter per la predisposizione del progetto assistenziale personalizzato finalizzato alla deistituzionalizzazione della persona assistita che potrà dare luogo alla concessione del contributo economico.

Luogo e data _____

Firma per esteso e leggibile del
richiedente
