

FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Comune di residenza della persona
All'Ufficio di Piano di Varese

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI
GESTIONALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO
ai sensi della DGR XII/2912 del 05 agosto 2024**

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a prov. il
residente in (comune) via n telefono.....
codice fiscale.....
in qualità di ☐ beneficiario ☐ tutore/curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

Cognome nome
nato/a a prov. il
residente a Varese in via / piazza n.

CHIEDE

in attuazione della DGR 2912 del 05.08.2024 di Regione Lombardia, dell'avviso pubblico prot. n. 137700 del 27/12/2024 per l'attivazione di un progetto individuale relativo a :

RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO (per un contributo giornaliero pro capite fino ad € 100,00 per sostenere il costo della retta assistenziale – in caso di ricovero temporaneo e fino a un massimo di n. 60 giorni commisurato al reddito familiare e comunque per un importo non superiore all'80% del costo del ricovero).

I ricoveri temporanei devono realizzarsi presso le residenzialità stabilite dal Decreto ministeriale o se si verifica l'assenza di soluzioni abitative ad esse conformi, si provvede presso altre unità d'offerta residenziali per persone con disabilità (ad es. Comunità alloggio, Comunità alloggio Sociosanitaria, Residenza Sociosanitaria). In caso di erogazione del Voucher per l'accompagnamento all'autonomia, la persona con necessità di sostegno intensivo accolta in pronto intervento può proseguire le attività previste. Tale contributo non è riconosciuto nel caso di ricovero gratuito presso unità d'offerta sociosanitarie accreditate, così come previsto dalla normativa regionale vigente a favore di determinate tipologie di disabilità (es. persone con malattia del motoneurone, ivi compresa la Sclerosi Laterale Amiotrofica). Non sono ritenute ammissibili: - le istanze di sollievo temporaneo programmate; - i soggiorni di vacanza; - tutte le proposte temporanee a fini puramente educativi e ricreativi.

In fede
(firma)

ALLEGATO ALLA DOMANDA (ricoveri di pronto intervento/sollievo)

A FAVORE DI

PRESENTATA IN DATA.....

Consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità:

il sig/la sig.ra.....(beneficiario)

DICHIARA CHE

- 1 ha un'età compresa tra i 18 e i 64 anni, ovvero
- 2 è persona con necessità di sostegno intensivo riconosciuto ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- 3 è privo del sostegno familiare in quanto:
 - ☐ mancanti di entrambi i genitori
 - ☐ i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale;
 - ☐ si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare;
- 4 è una persona con necessità di sostegno intensivo, che, per esigenze progettuali, relative all'abitare al di fuori della famiglia di origine, è:
 - ☐ in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale;
 - ☐ già inserite in strutture residenziali per le quali emerga una necessità di rivalutazione delle condizioni abitative (percorso di deistituzionalizzazione)
- 5 possiede un ISEE sociosanitario di €.....
- 6 nell'anno 2024 ha goduto dei seguenti benefici:

Misura B1 DGR n. 2033/2024	SI	NO
Misura B2 DGR n. 2033/2024	SI	NO
Pro.Vi	SI	NO
Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	SI	NO
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	SI	NO
Sostegno per Interventi infrastrutturali del "Dopo di noi":	SI	NO
Supporto alla residenzialità del "Dopo di noi"	SI	NO
Altro		
- 7 frequenta uno dei seguenti servizi:
 - ☐ CDD (Centro Diurno Disabili) presso
 - ☐ CSE (Centro Socio Educativo) presso
 - ☐ SFA (Servizio Formazione all'Autonomia) presso
 - ☐ E' inserito in gruppo appartamento, cohousing, housing presso.....
- 8 il nucleo familiare anagrafico è così composto

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo	Rapporto di parentela	Persona con disabilità SI/NO

DI ESSERE A CONOSCENZA

che l'Ufficio di Piano del distretto di Varese ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati e procedere ad idonei controlli.

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una delle seguente modalità di riscossione:

accredito sul seguente conto corrente bancario o postale

banca/uff. Postale agenzia / filiale

comune di codice IBAN

[illegible]

intestato a

N.B.: il conto corrente deve essere intestato o co-intestato al beneficiario maggiorenne ed in grado di intendere e di volere; se il conto corrente non è intestato al beneficiario occorre compilare modulo di delega per la riscossione.

In fede

.....

Luogo, data e firma

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione in corso di validità e codice fiscale;
- attestazione ISEE e dichiarazione unica sostitutiva in corso di validità;
- copia certificato d'invalidità del beneficiario;
- Copia della certificazione rilasciata ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/92
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di ads, tutela/curatela);
- Se il conto corrente non è intestato al beneficiario occorre delega per la riscossione.

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il conferimento dei dati è obbligatorio per il raggiungimento dei fini del bando. Il rifiuto al conferimento dei dati non permetterà all'Ente di istruire la pratica.

I dati personali del nucleo familiare, forniti con le apposite dichiarazioni sostitutive, saranno raccolti da parte del Comune di Varese e degli Enti che hanno stipulato apposita convenzione con l'Amministrazione Comunale soltanto per le operazioni relative al procedimento attivato in conformità alle linee guida alla D.G.R. 5324 del 04.10.2021 in armonia con il Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati Personali nr. 679/2016.

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Varese con sede legale in Varese, via Sacco n. 5 (tel. centralino 0332/255111).

Il Responsabile Protezione Dati (DPO) può essere contattato all'indirizzo: rdp@comune.varese.it

I dati personali che saranno trasmessi verranno utilizzati esclusivamente per la concessione del contributo richiesto e sono utilizzati con modalità e criteri strettamente necessari allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell'ottenimento del contributo e un eventuale rifiuto impedisce all'Amministrazione di dar seguito alla richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal su menzionato GDPR con l'ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale in forza al Comune di Varese.

Gli Enti e i soggetti hanno il diritto di conoscere in ogni momento quali sono i dati e come vengono utilizzati. Hanno altresì il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento.

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati. Il dichiarante potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. Il dichiarante ha inoltre diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità. Non è in alcun modo previsto il trasferimento dei dati ricevuti ad altri soggetti siano esse persone fisiche o giuridiche locate sul territorio dell'Unione Europea o di Paesi Terzi. Il trasferimento potrà avvenire solo verso Regione Lombardia o verso altri Enti che ne facciano motivata richiesta.

AMBITO TERRITORIALE DELLA CONTRIBUZIONE

L'ambito territoriale in cui deve operare il soggetto richiedente il contributo è quello del Distretto di Varese, che comprende i seguenti 12 comuni: BARASSO, BODIO LOMNAGO, BRINZIO, CASCIAGO, CAZZAGO BRABBIA, COMERIO, GALLIATE LOMBARDO, INARZO, LOZZA, LUVINATE, MALNATE, VARESE.

In fede

.....

Luogo, data e firma

MODULO DELEGA PER LA RISCOSSIONE

Varese, _____

Al Comune di Varese
Area V Servizi alla Persona
Via Giusti , 6
21100 VARESE

lo sottoscritto

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza n.

codice fiscale

[illegible]

beneficiario del contributo comunale

CHIEDO

che detto contributo sia liquidato a favore di

nato a _____ il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale

[illegible]

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN

[illegible]

In fede