

AZIENDA TERRITORIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA

P.zza Tassara, 4

25043 - BRENO BS

Oggetto: DOMANDA PER ACCESSO ALLE RISORSE A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE -DOPO DI NOI- L. N. 112/2016. ANNUALITA’ 2020-2021

Il sottoscritto/la sottoscritta:

|  |
| --- |
| cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

In qualità di: □ beneficiario/a

*oppure*

□ tutore o amministratore di sostegno

□ genitore

del/della beneficiario/a:

|  |
| --- |
| cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

CHIEDE

* per sé
* per la persona tutelata o amministrata

di beneficiare di quanto previsto dalla Misura DOPO DI NOI\_ Annualità 2020-2021) di cui all’Avviso approvato con determinazione dirigenziale n. 2022/\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* Voucher “Durante noi”
* Sostegno e accompagnamento all’autonomia
* Gruppo appartamento con Ente Gestore
* Gruppo appartamento autogestito
* Housing - cohousing
* Ricoveri di Pronto Intervento/Sollievo

A TAL FINE DICHIARA

(per sé o per conto della persona beneficiaria)

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

QUANTO SEGUE:

* + di conoscere ed accettare integralmente le condizioni contenute nell’Avviso Pubblico e dei relativi allegati parte integrante e sostanziale;
  + che la disabilità grave di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
  + di essere in possesso della certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92, accertata nelle modalità indicate all’art. 4 della medesima legge;
  + di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di possedere ISEE socio sanitario di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di essere privo del sostegno familiare in quanto *(segnare con una croce nell’apposito spazio)*:
* mancante 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
  + di non essere beneficiario di misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali Sociali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, né delle azioni previste dai Programmi Regionali FNA;
  + di frequentare (segnare con una croce nell’apposito spazio):
* Frequenza di Centro Socio Educativo (CSE)
* Frequenza di Servizio di Formazione all’Autonomia (SFA)
* Frequenza di Centro Diurno Disabili (CDD)
* Altro (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + di beneficiare delle seguenti misure (segnare con una croce nell’apposito spazio)
* Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
* Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
* Misura B2 FNA: specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Misura Reddito di autonomia disabili
* Accoglienza residenziale in Unità d’Offerta sociosanitarie, sociali (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sostegni inerenti le misure “dopo di noi”: (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + di essere a conoscenza dei titoli di priorità, compatibilità e incompatibilità previsti dalla normativa regionale;
  + la seguente condizione economica riferita al nucleo familiare (ISEE ordinario): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di essere a conoscenza che l’istanza e gli allegati potranno essere visionati dai componenti  dell’Unità di valutazione multidimensionale e che l’accesso agli  interventi è subordinato alla definizione di un progetto personalizzato;
  + di essere a conoscenza che l’Azienda territoriale per i servizi alla Persona effettuerà controlli sulla veridicità dei dati e delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR 445/2000);
  + di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE

(per sé o per conto della persona beneficiaria)

* disponibile a seguire programmi di accrescimento delle consapevolezze e sviluppo delle proprie autonomie  ovvero percorsi di accompagnamento dall’uscita dal nucleo/deistituzionalizzazione, percorsi che prevedono interventi socio educativi e socio formativi finalizzati all’autonomia.
* disponibile a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un’unica abitazione;
* disponibile a mettere a disposizione un proprio bene immobile o a condividere la fruizione di bene immobile ai fini della realizzazione un progetto di vita dopo di Noi;
* disponibile all’esperienza di permanenza in accoglienza temporanea.

ALLEGA

* + fotocopia della carta di identità in corso di validità del dichiarante e/o del beneficiario;
  + certificazione di gravità accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3, Legge n. 104/1992;
* in presenza di tutore/AdS: fotocopia atto di nomina.

*Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       Firma del dichiarante*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

INFORMATIVA

Titolare del trattamento

Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona (ATSP), Piazza Tassara n. 4 – Tel. 0364.22693 – Fax 0364.321463.

ATSP ha nominato il proprio Responsabile della protezione dei dati che si può contattare via mail alla seguente casella di posta elettronica: [dpo@atspvallecamonica.it](mailto:dpo@atspvallecamonica.it)

Finalità e base giuridica del trattamento

I dati raccolti sono trattati solo nell’ambito del procedimento per cui sono resi.

Il trattamento dei dati personali è svolto per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico ai sensi dell’articolo 6 paragrafo 1 lettera e) del Regolamento UE/2016/679. Quando sia necessario raccogliere dati particolari (ad esempio dati sanitari), il trattamento è effettuato per fini di assistenza o terapia sanitaria e sociale ai sensi dell’articolo 9 paragrafo 2 lettera h) del Regolamento UE/2016/679.

Durata della conservazione

I dati sono conservati in modo permanente, salvo sfoltimento del carteggio temporaneo e strumentale dopo 10 anni

Destinatari dei dati

I dati sono trattati dai dipendenti e dai collaboratori del Titolare che hanno ricevuto le necessarie istruzioni.

I dati possono essere trasmessi:

* in seguito a richieste di accesso agli atti (Legge n. 241/1990) o accesso civico (D. Lgs. n. 33/2013);
* Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento di funzioni istituzionali (ad esempio Comuni, Regione, ATS, ASST, Provincia, Ministeri, INPS, INAIL, Autorità Giudiziaria, Autorità di Pubblica Sicurezza);
* componenti dell’Unità di valutazione multidimensionale;
* eventuali Enti del terzo settore inclusi nell’equipe di progetto;
* soggetti terzi che forniscono servizi ai Titolari (ad esempio l’assistenza informatica).

Diritti dell’interessato

L’interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento. In alcuni casi ha, inoltre, il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali. Può esercitare tali diritti rivolgendosi al Responsabile della protezione dei dati all’indirizzo [dpo@atspvallecamonica.it.](mailto:dpo@atspvallecamonica.it.)

L’interessato ha, infine, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.