Spett.le

UFFICIO DI PIANO

AMBITO DI TIRANO

Comunità Montana Valtellina di Tirano

in via Maurizio Quadrio 11,

23037 TIRANO

[**protocollo.cmtirano@cert.provincia.so.it**](mailto:protocollo.cmtirano@cert.provincia.so.it)

[**udp@cmtirano.so.it**](mailto:udp@cmtirano.so.it)**.**

|  |
| --- |
| **DOMANDA**  **BANDO BUONI SOCIALI PER CAREGIVER FAMILIARE O ASSISTENTE PERSONALE**  **Programma regionale in materia di gravi disabilità**  **di cui al Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza**  **(Misura B2 DGR 4138 /2020)**  ***AMBITO DI TIRANO*** |

|  |
| --- |
| RISERVATO ALL’UFFICIO DI PIANO  Data di Presentazione………………………… N. Pratica UdP……………….. |

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**

* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno
* rappresentante unico di tutta la famiglia

del Signor/a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE***(segnare con una croce nell’apposito spazio)*

* **L’assegnazione del Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa, attuato con Caregiver Familiare;**

**oppure**

* **L’assegnazione del Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa, attuato con Assistenti Familiari (badanti)**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA[[1]](#footnote-1)**

* Di aver preso visione del bando per l’erogazione del buono sociale sopraindicato e di accettarne le condizioni;
* che l’Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE **per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria**, allegato alla domanda, risulta essere pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (uguale o inferiore **a € 25.000,00)**; ai sensi del D.P.CM. 5 dicembre 2013, n. 159 e successive modificazioni;
* oppure se beneficiario minore , risulta essere pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ISEE per prestazioni agevolate per minorenni uguale o inferiore a € 40.000,00)

OPPURE

* oppure di aver presentato la DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013) - in questo caso essere consapevole che l’Ufficio di Piano acquisirà l’attestazione relativa all’ISEE direttamente dall’INPS;
* oppure di essere impossibilitato a causa della situazione di emergenziale da Covid-19 a fornire attestazione ISEE in corso di validità e di impegnarmi a consegnarlo entro 15 giorni dalla data di appuntamento con il Caf);
* Di trovarsi in situazione di dipendenza vitale che comporta le seguenti condizioni *(segnare con una croce nell’apposito spazio):*
  + certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3 comma3 legge 104/1992,
  + oppure di essere in attesa di definizione del processo di accertamento ed impegnarsi a consegnare la certificazione ottenuta;
  + oppure beneficiare dell’indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988;
  + Persone disabili e anziani non autosufficienti non rientranti nelle misure previste dall’ ATS in favore delle persone con disabilità gravissime (B1 DGR 2862/2020);
* di impegnarsi a consegnare tutta la documentazione attestante la propria condizione sanitaria, condizione economica sia quella relativamente al personale di assistenza regolarmente impiegato essendo consapevole che l’assegnazione del buono è vincolata al possesso dei requisiti;
* di impegnarsi in caso di assegnazione del buono sociale
  + alla sottoscrizione del Piano di Assistenza Individualizzato;
  + a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza del diritto di assegnazione del buono sociale all’Ufficio di Piano, entro dieci giorni dall’evento stesso.
* di **NON** fruire alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi

1. accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità
2. Misura B1;
3. contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
4. ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
5. ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
6. presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
7. Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015
8. Voucher sociale minori disabili B2

* di beneficiare alla data di presentazione della domanda, dei seguenti servizi
  + voucher anziani e disabili ex dgr7487/2017e s.m.i
  + dell’Assistenza Domiciliare Integrata ( ADI) per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali;
  + del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali;
  + ricovero ospedaliero da\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_
  + interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
  + ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell’anno, per minori per massimo 90 giorni;
  + sostegni DOPO DI NOI con importo riconosciuto per il personale di assistenza regolarmente impiegato pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS HCP con importo riconosciuto per il personale di assistenza regolarmente impiegato pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
  + di altri interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS /Home Care Premium): specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere a conoscenza che l’assegnazione ed erogazione del buono avverrà solo a seguito della presentazione di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto da bando;
* Di essere a conoscenza che l’Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.CM. 5 dicembre 2013, n. 159 e del DPR 455/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E., sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all’Autorità Giudiziaria.
* Di essere a conoscenza Il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell’accudimento ( familiare o assistente personale) e dell’adeguata assistenza fornita e che l’erogazione del buono sociale sopra indicato sarà sospesa qualora venga rilevata incuria o abbandono del soggetto fragile.
* Dichiaro di essere pienamente informato delle caratteristiche del trattamento e rilevato che lo stesso è effettuato nella piena osservanza del D. Lgs 196/03 e del Reg. UE 2016/679 e delle autorizzazioni generali del Garante.

**Solo nel caso di richiesta di Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa, attuato con Assistenti Familiari (badanti)**

* di aver sottoscritto regolare contratto di assunzione dell’assistente familiare per almeno 25 ore settimanali con corresponsione regolare delle spettanze retributive, previdenziali e assistenziali. Indicare n.di ore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* l’importo totale dei costi sostenuti per la relativa remunerazione dell’assistente familiare è pari a ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + iscritta o non iscritta al Registro Badanti (*cancellare parte non di interesse*)
* di impegnarsi in caso di assegnazione del buono, alla presentazione della busta paga, entro il giorno 12° giorno del mese successivo al mese goduto;

**MODALITA’ DI RISCOSSIONE: (barrare la modalità prescelta)**

* BANCA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FILIALE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INTESTATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* RIMESSA DIRETTA\* tramite la tesoreria di questa di questa Comunità Montana - **BANCA POPOLARE DI SONDRIO – FILIALE DI TIRANO – Piazza Cavour - 23037 TIRANO** A FAVORE DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di persona diversa del beneficiario è necessario la delega per il ritiro del contributo**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA:**

* COPIA ATTESTAZIONE ISEE **per prestazioni agevolate di natura socio sanitaria (isee minorenni se minore)**
* Oppure COPIA **dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013~~;~~**
* COPIA VERBALE INVALIDITA’ CIVILE ED EVENTUALE RICONOSCIMENTO L.104/92 O DELL’INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
* COPIA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE / DEMENZA GRAVE
* EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA AGGIORNATA
* COPIA CARTA D’IDENTITA’ E CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE E DI CHI PRESENTA LA DOMANDA
* COPIA SENTENZA DEL TRIBUNALE DI NOMINA DEL TUTORE DEL SOGGETTO FRAGILE
* ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo nel caso di richiesta di Buono Sociale finalizzato all’Assistenza domiciliare continuativa, attuato con Assistenti Familiari (badanti) vanno allegate anche:

* COPIA CONTRATTO DI ASSUNZIONE PER CIASCUNA ASSISTENTE FAMILIARE
* COPIA ULTIMO VERSAMENTO INPS RELATIVO AI CONTRIBUTI PER ASSISTENTE FAMILIARE, OVVERO COPIA DENUNCIA INPS SE IL CONTRATTO E’ STATO STIPULATO DI RECENTE

**Informativa sul trattamento dei dati personali”**

Il trattamento dei dati personali, particolari e giudiziari sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è l’esame delle istanze per gli interventi previsti dalla **Misura B2 DGR 4138 /2020** di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell’ambito dell’esame delle istanze, la Comunità Montana Valtellina di Tirano si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 (“GDPR”) mediante l’adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell’art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l’impossibilità di procedere all’istruttoria dell’istanza presentata e per le formalità ad essa connesse. I diritti spettanti all’interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali. Il Titolare del trattamento dei dati personali è al Comunità Montana Valtellina di Tirano può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento Generale. Nel caso la richiesta del titolare dei dati renda improcedibile l’istruttoria, il contributo richiesto non sarà erogato. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale è reperibile presso gli Uffici della Comunità Montana Valtellina di Tirano

Data Protection Officer (DPO) / Responsabile della Protezione dei dati (RPD)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è Halley Lombardia S.r.l. con sede a Cantù – Viale Cesare Cattaneo 10B – Tel. 031707811 – PEC: halleylombardia@halleypec.it – e-mail: info@halleylombardia.it – Referente per il titolare: Team DPO – PEC: gdpr@halleypec.it – e-mail: gdpr@halleylombardia.it

Si informa che i dati personali dei beneficiari dei contributi concessi ai sensi **4138 /2020** per la Misura sopra indicata, saranno resi disponibili all’Azienda territoriale servizio alla persona di Breno convenzionata con la C.M per l’attività dei servizi sociali ai competenti uffici regionali, al fine di consentire azioni di monitoraggio e valutazione, ASST Valtellina e Alto Lario e ATS Montagna e alla Regione Lombardia ed agli Enti preposti ai controlli delle dichiarazioni rese.

1. Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte laddove richiesto. [↑](#footnote-ref-1)