ALLEGATO C

**MODULO DI RICHIESTA DI RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO**

**Il/la sottoscritto/a** (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (barrare):

* tutore
* curatore
* amministratore di sostegno
* famigliare
* altro (specificare ………………………………………………………………………………)

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Interventi di Pronto intervento/sollievo/respite care** (Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

A tal fine dichiaro che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere disponibile all’ esperienza di permanenza in accoglienza temporanea presso la struttura di residenzialità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (beneficiario):

- ha una disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità

- è in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92

- è MAGGIORENNE

- non usufruisce di altre misure, ovvero usufruisce di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto

- di avere un ISEE SOCIO SANITARIO pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- è privo del sostegno famigliare in quanto (barrare):

* mancante di entrambi i genitori
* presenza di un solo genitore
* genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale /prospettiva del venir meno del sostegno familiare

- di frequentare i seguenti servizi diurni (barrare):

□ Centro Socio Educativo (CSE)

□ Servizio di Formazione all’Autonomia (SFA)

□ Centro Diurno Disabili (CDD)

□ Servizio Territoriale disabili autorizzato

Associazione o Ente del Terzo Settore gestore del servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di beneficiare delle seguenti misure (barrare):

□ Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

□ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

□ protesi/ausili

□ Misura B1 FNA Buono assistente personale

□ Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare

□ Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente

□ Voucher inclusione disabili (Reddito di autonomia disabili)

□ Accoglienza residenziale in Unità d’Offerta sociosanitarie, sociali (RSD; CA; CSS) specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)

□ Sostegni inerenti le misure “Dopo di noi” specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ contributi economici\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ altro (es. Progetto L.162/98 attivato con il Comune di residenza)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* è inserito in gruppo appartamento, Cohousing/Housing □ SI □NO

Nell’alloggio sito in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* eventuale tipologia di presenza dell’assistente personale regolarmente assunto (barrare):

□ nessuno

□ 24 H

□ Tempo pieno > 7 ore

□ Tempo parziale < 7 ore

□ Qualificato 24 h

□ Qualificato tempo pieno> 7 ore

□ Qualificato tempo parziale< 7 ore

□ Altro

**DICHIARA INOLTRE**

* Di aver preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni
* Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l’accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale personalizzato sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori socio-sanitari di ASST e del Comune di residenza/Ambito di Mantova, ed integrata da operatori di Enti del terzo Settore eventualmente segnalati nella rete progettuale.
* Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il contributo giornaliero pro capite, a favore di ricoveri di pronto sollievo è commisurato al reddito familiare e comunque non potrà superare l’80% dei costi previsti dalla soluzione residenziale individuata fino ad un costo massimo di 100€/giorno.
* di essere a conoscenza dei criteri di priorità previsti per l’assegnazione delle risorse riportati nell’Avviso e per quanto non specificato in riferimento al Decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6218/2022;
* di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al proprio Comune di residenza/ l’Ufficio di piano, entro dieci giorni dall’evento stesso;
* di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l’Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 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;

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

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)

- Codice fiscale del beneficiario

- Certificazione e copia del verbale di INVALIDITA’ CIVILE del beneficiario

- Certificazione e copia del riconoscimento della disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art.3, comma 3 della Legge 104/92

- ISEE socio sanitario

- Altro: documentazione eventualmente disponibile, relativa alla situazione di emergenza familiare

**Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali, dati particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è: l’esame delle istanze, la rilevazione del debito informativo nei confronti di Regione Lombardia e rilevazione dei dati come disposto da Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - Dopo di Noi”, DGR 6218/2022, che rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell’ambito dell’esame delle istanze, Consorzio Progetto Solidarietà si impegna 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.

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 Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del GDPR è il Consorzio Progetto Solidarietà con sede in Mantova, via Conciliazione 128.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e 28 del GDPR per il Consorzio Progetto Solidarietà è il Direttore, dott.ssa Barbara Dal Dosso.

Il Responsabile della Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR per il Consorzio Progetto Solidarietà è l’avv. Cathy La Torre

**Il Direttore**

**Dott.ssa Barbara Dal Dosso**

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