



POR FSE 2014-2020 / OPPORTUNITÀ E INCLUSIONE

UFFICIO DI PIANO
MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ex ASL
Via Martinelli n. 13
23017 Morbegno (So)



Ente Gestore:
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A
23017 Morbegno (So)
C.F.: 9100680149

Spett. **COMUNITÀ MONTANA VALTELLINA DI MORBEGNO**
SETTORE SOCIALE – UFFICIO DI PIANO
Via Martinelli 13 – c/o Distretto sociosanitario ex ASL
23017 Morbegno

DGR Lombardia 5672/11.10.2016 – Misura Reddito di autonomia anno 2016
Decreto DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale n. 12405/28.11.2016

IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI
A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE
E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

DOMANDA DI ACCESSO

Allegato alla Determinazione n. 796 del 27.12.2016

Scadenza termine per la prima raccolta domande:

ORE 12.00 DI VENERDÌ 13.01.2017

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 _____

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 _____

IN QUALITA' DI

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

di _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. di _____

Telefono n. _____ / _____ cellulare _____

CHIEDE

L'assegnazione di un Voucher finalizzato a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA ¹

- di aver preso visione del bando relativo alla Misura in oggetto;
- di accettarne integralmente il contenuto;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il venir meno dei requisiti che hanno determinato l'eventuale assegnazione del beneficio;
- di essere consapevole che l'equipe multidisciplinare procederà alla valutazione della persona beneficiaria o del bisogno di supporto del caregiver familiare;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del DPCM 159/2013 e del DPR 455/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza dei requisiti di ammissibilità, sarà revocato ogni beneficio eventualmente assegnato, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;

DICHIARA inoltre

- di non avere gravi limitazioni dell'autosufficienza ed autonomia personale (eventualmente anche in condizioni di dipendenza vitale);
- di non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità d'offerta o servizi a carattere socio-sanitario;
- di non aver in corso interventi afferenti all'Avviso di cui al Decreto 10226/2015;
- di trovarsi in situazione di compromissione funzionale lieve/moderata ovvero condizioni che possono comportare una minor cura di sé e dell'ambiente di domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato, ecc. con conseguenti effetti importanti dal punto di vista del decadimento psico-fisico

OPPURE

- di essere care giver del seguente familiare non autosufficiente:

Nome _____ Cognome _____ nato a _____ prov. _____

Residente in Via/Piazza _____ N. _____ Comune _____ prov. _____

Rapporto di parentela / affinità col sottoscritto _____

- che il suddetto familiare non autosufficiente non frequenta in maniera sistematica e continuativa unità d'offerta o servizi a carattere socio-sanitario (es. Centro Diurno Integrato, etc.), non ha ad oggi in corso interventi afferenti all'Avviso di cui al Decreto 10226/2015 (reddito autonomia anziani 2015) e non usufruisce della misura RSA aperta ex dgr 2942/2014

ALLEGA

1) Copia carta d'identità

2) Indicatore della Situazione Economica Equivalente ISEE **OPPURE** DSU attestante che la richiesta di ISEE è stata inoltrata entro la data di scadenza dell'avviso (13.01.2017).

Luogo e data

Firma

¹ Barrare le caselle che interessano

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

Finalità e modalità del trattamento

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: Attività istruttoria finalizzata alla verifica e coerenza dei dati forniti rispetto ai contenuti dell'Avviso;
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: Informatizzato;
3. Natura obbligatoria - conseguenze del mancato conferimento dei dati: I dati richiesti sono obbligatori, in caso di mancato conferimento degli stessi l'interessato non potrà godere del servizio/beneficio richiesto.
4. Il titolare del trattamento è: la Giunta Regionale della Regione Lombardia con sede a Milano piazza città di Lombardia, 1 Milano
5. Il responsabile del trattamento è: Il Direttore generale della Direzione Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale della Giunta Regionale
6. Responsabili del trattamento sono i Comuni nella persona del legale rappresentante che saranno legittimati a trattare i dati nell'ambito dell'attività di carattere istruttorio Regione Lombardia in qualità di titolare del trattamento tratterà i dati solo per la validazione finale del singolo percorso e tratterà i dati in forma aggregata nel rispetto della normativa

Diritti dell'interessato

In relazione al presente trattamento Lei potrà rivolgersi al responsabile del trattamento per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art.7 del D.Lgs.196/2003. Le modalità di esercizio dei suoi diritti sono previste dall'art.8 del citato decreto.

Consenso al trattamento dei dati art.23 del D.Lgs.196/2003

Il/La sottoscritto/a, dopo aver letto l'informativa di cui all'art.13 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati personali e anche i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d),

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile _____

- presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell' informativa (nel caso in cui sia prevista anche la diffusione dei dati sensibili diversi da quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato; questi ultimi non possono essere diffusi).

Firma leggibile _____

Luogo e Data _____

Cognome _____ Nome _____