

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiera

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE
A SOSTEGNO DEI RICOVERI DI SOLLIEVO A FAVORE DELLE PERSONE
CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI –
D.G.R. X/7605/2022 e successive integrazioni con D.G.R. 7799/2022
(Piano di Zona dell'Ambito Distrettuale Bassa Bresciana Occidentale)**

Spett.le COMUNE DI

.....

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/la

sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____

il _____ C.F. _____ re

sidente a _____

in via /piazza _____ n. _____

recapito telefonico _____

assistito dal caregiver familiare Sig./Sig.ra _____

grado di parentela _____

recapito telefonico _____

recapito mail _____

compilare se a presentare la domanda non è il beneficiario diretto,

Nome e Cognome di chi presenta la richiesta _____

relazione di parentela con l'assistito _____

recapito telefonico _____

recapito mail _____

N.B. In caso di persona sottoposta a tutela giuridica, la domanda deve essere sottoscritta da chi ne rappresenta la tutela. N. del decreto di Nomina AdS _____

CHIEDE

di poter accedere al contributo del Fondo Caregiver 2022 – esercizio 2023 per il **rimborso spese relative ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023** che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare.

Sono ammesse le spese relative a:

- intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento);
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Non sono ammesse le spese relative a compartecipazione agli interventi di assistenza domiciliare già attivi (es. sad comunale) e per interventi di natura socio-sanitaria.

A TAL FINE DICHIARA

- di essere persona con **disabilità grave** (*accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiaria dell'indennità di accompagnamento/frequenza*) che vive al proprio domicilio, assistita solo dal caregiver familiare

(priorità)

- NON in carico alla Misura B2,
- NON inserita in servizi semiresidenziali sanitari, socio-sanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)

Oppure:

- In carico alla Misura B2, buono sociale _____ (specificare tipo di intervento di cui si è beneficiari)
 - Inserita in servizi semiresidenziali sanitari, socio-sanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno. ...)
- di aver sostenuto, nel corso del 2023, spese per la sostituzione del sostegno del caregiver familiare, mediante:
 - intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare, quale attività complementare ad eventuali servizi già attivi Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (per es. extra piano di un intervento SAD / ADI...)

Tipologia di intervento _____

Ente erogatore _____

Periodo _____

Spesa sostenuta, € _____

- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati)

Tipologia di intervento _____

Struttura ospitante _____

Periodo _____

Spesa sostenuta, € _____

di essere a conoscenza che **il contributo massimo di € 1.200,00** sarà erogato in un'unica tranches;

- di essere a conoscenza che l'Ambito, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;
- di usufruire del servizio ADI SI NO
- di usufruire delle seguenti prestazione assistenziali da parte del caregiver:
 - a. assistenza igiene SI NO
 - b. assistenza alimentare SI NO
 - c. assistenza mobilità SI NO
 - d. assistenza terapia SI NO
 - e. assistenza supporto SI NO
- che le coordinate bancarie per l'accredito del rimborso spettante sono le seguenti:

C/c bancario/postale n° _____ intestato a _____,

presso la banca/posta _____ filiale di _____

codice IBAN _____

In fede

Allegati:

- documento identità del richiedente,
- certificato di gravità (accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiaria dell'indennità di accompagnamento/frequenza),
- spese di assistenza integrativa e/o di ricovero di sollievo nel periodo di riferimento Gennaio – Dicembre 2023 con presentazione della/e fattura/e quietanzate o ricevuta della struttura e copia del pagamento,
- copia del codice IBAN.

COMUNICAZIONE PRIVACY

Per l'erogazione dei SERVIZI SOCIALI DI BASE (s.a.d, s.a.p, pasti a domicilio, trasporto utenti, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, fornitura ausili, consulenza specialistica, centro diurno integrato, casa di riposo, ricovero di sollievo, buoni e voucher, altri servizi domiciliari e contributi economici generici, compartecipazione di spesa, trasferimenti economici di varia natura a Comuni e ambiti distrettuali)

Egregio Sig./Gentile Sig.ra. _____, CF _____

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE VIA CODAGLI 10/A ORZINUOVI (BS) Telefono 0309942005 Indirizzo e-mail segreteria@fondazionebbo.it desidera informarLa che il Regolamento Europeo della Privacy prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali e che l'utilizzo dei Suoi dati personali da parte del proprio personale incaricato avverrà nel rispetto del GDPR 679/16.

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE si è adoperata a nominare un responsabile della protezione dei dati: SYNTHESIS SECURITY SRL - REFERENTE TOMASINI tomasini@synsec.it 0302752402.

La COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE tratterà i suoi dati personali in qualità di responsabile del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR 679/16 seguendo le istruzioni impartite dal titolare del trattamento.

I titolari del trattamento per i quali opera la COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE sono: Unione dei Comuni Lombarda Bassa Bresciana Occidentale, Comuni di Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Mairano, Pompiano, Quinzano e San Paolo.
Per informazioni relative al trattamento da parte dei titolari del trattamento sopra elencati si rimanda alle informative art. 13 GDPR 679/16 degli stessi.

Data _____ -

Firma per presa visione _____

CONSENSO INFORMATO PER CREAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

In caso di suo consenso libero, espresso e facoltativo potrà essere creata la cartella sociale informatizzata CSI (soluzione informatica che fornisce la possibilità agli assistenti sociali/operatori a livello amministrativo - gestionale e a livello professionale-operativo di programmare e coordinare gli interventi sociali) sul portale dell'ATS VI.VI.DI. Il Suo rifiuto non avrà alcuna conseguenza negativa sulla possibilità di usufruire dei servizi richiesti. In caso di rifiuto o di revoca successiva del consenso, i Suoi dati saranno disponibili solo per le eventuali conservazioni obbligatorie di legge.

Se l'interessato è minorenni o sotto tutela, il consenso è espresso dai soggetti che hanno la potestà legale.

La CSI contiene l'insieme dei dati relativi al processo socio - assistenziale, dall'accesso-orientamento alla valutazione finale-conclusione, passando per la valutazione del bisogno, l'elaborazione del progetto individuale e l'erogazione del servizio, in formato elettronico, raccolti in occasione dei vari colloqui fra gli assistenti sociali e l'interessato.

La CSI consente al personale della Fondazione di avere un quadro sociale il più completo possibile e di disporre delle informazioni necessarie per offrire un'assistenza più adeguata. Le informazioni contenute nella CSI sono accessibili e possono essere trattate da tutti i professionisti della Fondazione autorizzati a vedere la CSI e anche da altri operatori di altri Enti perchè la CSI favorisce la condivisione tra Enti diversi (Comuni, ATS, ASST, terzo settore, imprese e consorzi con finalità sociali etc.).

Le viene chiesto uno specifico ed autonomo consenso per utilizzare - attraverso la CSI - anche le informazioni "ultraparticolarmente" relative alle prestazioni erogate dalla Fondazione a seguito di:

atti di violenza sessuale o pedofilia, accertamento dello stato di sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcol, interventi di interruzione di volontaria di gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari.

I Suoi dati sanitari contenuti nella CSI potranno anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca.

Per permettere al personale che Le erogherà il servizio di avere un quadro completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché la sua CSI venga alimentata anche dai dati già in possesso di questa Fondazione. Precisando non vi è garanzia della completezza di tali informazioni, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Il trattamento dei Suoi dati è riservato al personale dipendente della Fondazione nonché a tutte le persone debitamente autorizzate che intrattengono con la medesima rapporti di lavoro o di servizio.

Lei ha altresì il diritto alla visione degli accessi alla sua CSI e ad esercitare la facoltà di oscurare alcuni eventi che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inseriti nella CSI alcuni dati non obbligatori. L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale facoltà (oscuramento dell'oscuramento). In qualsiasi momento Lei può revocare la scelta di oscuramento effettuata (deoscuramento).

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....

Luogo Data

.....

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____ esercente la patria potestà sul minore _____ nato/a a _____ il _____:

- presta il suo consenso NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolarari nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- presta il suo consenso NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

.....