**Allegato 1**

**Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CODICE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MODULO RICHIESTA FONDO PER L’ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 23/2022**

**“CAREGIVER FAMILIARE”**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* Diretto/a interessato/a
* familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(ai sensi della DGR XI/7605/2022 e DGR XI/7799/2023)

* Il rimborso spese per interventi domiciliari pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Il rimborso spese per interventi residenziali extrafamiliari pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

**DICHIARA**

* Che il/la beneficiario è in condizione di grave disabilità si trova al domicilio
* Che il/la beneficiario è in condizione di grave disabilità è stata riconosciuta invalida al 100%
* Che il/la beneficiario/a ha diritto all’indennità di accompagnamento
* Che il/la beneficiario/a possiede certificazione di disabilità grave art. 3 c. 3 legge 104/1992
* che la persona in condizione di grave **disabilità è assistita dal solo caregiver familiare**

Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Famigliare

 □ Igiene personale (compreso vestire/svestire) e/o Gestione continenza

 □ Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)

 □ Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti,)

 □ Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio)

 □ Supporto sociale e alla comunicazione

* che la persona in condizione di grave disabilità è in carico alla Misura B2 o B1 esercizio 2023

 □ NO □ SI

* che la persona in condizione di grave disabilità frequenta un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale

 □ NO □ SI

* che la persona in condizione di grave disabilità non ha ricevuto ulteriori contributi a titolo di rimborso dell’intervento domiciliare/ residenziale extrafamiliare temporaneo per cui si sta presentando richiesta

Oppure

* che la persona in condizione di grave disabilità ha ricevuto uno o più contributi, a titolo di rimborso, dell’intervento domiciliare/ residenziale extrafamiliare temporaneo, per cui si sta presentando richiesta, per un importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di idoneità della domanda al finanziamento, si chiede l’erogazione del contributo secondo le finalità di progetto a:

* Conto corrente bancario o postale della persona beneficiaria e/o del/la caregiver

Banca/ufficio postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| CODICE IBAN |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Si allegano:

* **Documentazione sanitaria attestante lo stato di fragilità**: la documentazione sanitaria dovrà attestare la condizione di non autosufficienza attraverso un verbale di invalidità civile con riconoscimento al 100% con indennità di accompagnamento oppure in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n.104/92
* **Documentazione fiscale** (es. fattura/ricevuta/quietanza) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;
* **Documento di identità** del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
* **Codice fiscale** del beneficiario
* **Codice IBAN** rilasciato dalla banca
* **Eventuale delega** per procedere all’accredito dell’assegno di cura su IBAN diverso da quello del beneficiario.
* **Progetto individualizzato redatto con i Servizi Sociali**

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l’Azienda Speciale Servizi alla Persona dell’Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell’Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

FORMULA DI CONSENSO

• con la firma in calce, il sottoscritto presta il consenso informato al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/16 come previsto nella summenzionata informativa al trattamento che si richiama integralmente.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_