

Spett.le  
Ufficio Servizi Sociali  
Ambito Distrettuale Valle  
Seriana Superiore e di Scalve  
c/o Comune di Clusone

**Oggetto: Domanda di accesso al “Fondo «Caregiver Familiare» - annualità 2022- esercizio 2023” – (DGR n. XI/7605/2022 - XI/7799/2023)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di  
\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

In qualità di

Diretto interessato

**Oppure**

- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (provvedimento di nomina  
\_\_\_\_\_)
- Genitore (solo in caso di minore)
- Parente, (indicare grado di parentela \_\_\_\_\_)

**del/la Sig./Sig.ra in condizione di grave disabilità (di seguito anche solo *beneficiario*):**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Valendosi degli artt. 46 e 47 del T.U. delle disposizioni in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U., in caso di dichiarazioni false o mendaci

**CHIEDE**

**RIMBORSO SPESE** relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare relative a:

- Intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza familiare.

DESCRIZIONE TIPOLOGIA SPESA	ESTREMI DOC. FISCALE	SPESA SOSTENUTA	PERIODO DI RIFERIMENTO

- 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).

DESCRIZIONE TIPOLOGIA SPESA	ESTREMI DOC. FISCALE	SPESA SOSTENUTA	PERIODO DI RIFERIMENTO

**DICHIARA che il beneficiario:**

- si trova in condizione di disabilità grave (*accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento*)  NO  SI
  - vive al domicilio  NO  SI
  - è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
  - è assistito/a in modo continuativo e responsabile dal **solo** caregiver familiare:  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
 n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_
- Grado di parentela \_\_\_\_\_
  - Essere stabilmente impegnato nell'assistenza del beneficiario  NO  SI
  - N. ore di assistenza giornaliera garantite dal caregiver \_\_\_\_\_
  - Convivenza con la persona assistita  NO  SI

- Condizione del caregiver (indicare una delle opzioni):
  - assistente familiare
  - disoccupato
  - lavoratore
  - pensionato
- Fruizione della Legge 104  NO  SI
- Tipologia di fragilità della persona assistita (indicare una delle opzioni):
  - cronicità
  - demenza/alzheimer
  - disabilità acquisita
  - disabilità congenita
  - disagio psichico
  - oncologia
  - senilità
  - altro (specificare)
- Presenza di rete informale –Volontariato, Parrocchia, vicinato  NO  SI
- Possesso di invalidità al 100%  NO  SI
- Bisogni espressi dal caregiver (indicare una o più opzioni):
  - attivazione servizi
  - attivazione posizione previdenziale
  - sollievo dal lavoro di cura
  - evitare isolamento sociale
  - orientamento nei servizi
  - ricevere formazione personalizzata
  - sostegno economico
  - sostegno psicologico
  - sostegno sociale)

Il caregiver garantisce assistenza alla persona in condizione di disabilità per:

- l'igiene personale  NO  SI
- l'alimentazione  NO  SI
- la mobilità  NO  SI
- la somministrazione delle terapie  NO  SI
- supporto sociale e alla comunicazione, compresa gestione comportamento problema  NO  SI

5. È INSERITA in un'Unità d'Offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria  NO  SI o sociale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: CDD, CDI, CSE, STA, SFA, ecc.).

Se SI, specificare l'Unità d'Offerta \_\_\_\_\_

6. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

• Servizi Assistenza Domiciliare (SAD)  NO  SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_

• Servizi Assistenza Educativa Domiciliare  NO  SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_

• Misura bonus per assistente familiare (ex L.R. 15/2015)  NO  SI

• Tirocini per l'Inclusione Sociale (TIS)  NO  SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_

• Misura Home Care Premium/INPS  NO  SI

• Misura B1 (ex DGR n. XI/4138/2020)  NO  SI

• Misura B2 del FNA (*barrare SI solo nel caso in cui si risulti percettori del contributo economico. Barrare NO in tutti gli altri casi, compreso l'inserimento in lista d'attesa*)  NO  SI

• Altri contributi economici/misure di sostegno  NO  SI

Se SI, specificare \_\_\_\_\_

7. È INSERITA in Servizio scolastici/educativi:  NO  SI

• Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

che per le spese sostenute di cui alle documentazioni fiscali allegate di seguito:

**HO RICEVUTO** contributi pubblici (da qualsiasi fonte di finanziamento) pari ad €

\_\_\_\_\_

**NON HO RICEVUTO** contributi pubblici

#### DICHIARA

di individuare per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto, la seguente modalità:

**Versamento su conto corrente bancario/postale con dimostrazione di titolarità o di autorizzazione ad operare sul conto corrente di cui sopra**

Intestatari del conto: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Istituto Bancario: \_\_\_\_\_

Filiale: \_\_\_\_\_

**Qualora l'intestatario del conto sopra indicato sia diverso dal beneficiario e dal destinatario (caregiver), è necessario indicare i seguenti dati:**

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

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

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

1. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione **Allegati**, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
2. di essere consapevole che tutte le comunicazioni inerenti alla presente richiesta saranno inviate esclusivamente tramite mail all'indirizzo indicato in precedenza;
3. di autorizzare il Comune di residenza e l'Ambito Territoriale Sociale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta;
4. di aver letto e compreso i criteri di riferimento per l'accesso, nonché i criteri di priorità e di redazione della graduatoria;
5. di essere consapevole che il rimborso delle spese verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento dei criteri di accesso stabiliti nel Bando;
6. di essere a conoscenza che l'Ambito potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato.

**Allegati (barrare con una X la voce corrispondente ai documenti allegati):**

- copia del verbale di invalidità e/o certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, nel caso della certificazione della condizione di gravità, l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento;
- dichiarazione ISEE sociosanitario/ISEE ordinario in corso di validità nell'anno 2023 (*documentazione non obbligatoria ma utile per determinare un miglior posizionamento in graduatoria in caso di insufficienza di fondi per accogliere tutte le istanze*);
- copia fotostatica del documento di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- scheda ADL, scheda IADL, scheda di valutazione sociale, scala per lo stress percepito del caregiver (da richiedere al Servizio Sociale Comunale);
- eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;
- documentazione fiscale (fattura/ricevuta, copia delle quietanze di pagamento), attestante la spesa sostenuta nel periodo dal 01/01/2023 al 31/12/2023;
- documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario/postale del beneficiario (codice IBAN);
- espressione del consenso al trattamento dei dati personali.

Luogo e data

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Espressione del consenso al trattamento dei dati personali a norma del Regolamento UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018**

Questa amministrazione, esclusivamente per finalità istituzionali e per obbligo di legge e regolamento esegue svariati trattamenti di dati personali.

La titolarità di questi trattamenti è dell'Amministrazione Comunale. Ogni singolo trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta di soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quaterdecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali:

Contatti: Benzoni Giacomo 3314306559 dpo-clusone@studio-sis.it

I dati sono trattati in modalità cartacea, quando sono raccolti in schedari debitamente custoditi, o Informatica, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. In entrambi i casi l'accesso è riservato al solo personale appositamente designato del trattamento.

La raccolta di questi dati personali è per questa Amministrazione Comunale obbligatoria, in quanto trattasi di un trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri a mente dell'art. 2-ter del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018. Un eventuale rifiuto al conferimento volontario dell'interessato determina l'obbligo dell'acquisizione d'ufficio del dato.

I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla eventuale raccolta e all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), dette operazioni saranno eseguite solo con la più stretta osservanza delle norme di riferimento.

A seguito della consultazione del sito istituzionale di questa amministrazione è possibile che avvenga la raccolta automatica di dati personali, ma mai questi dati potranno servire all'identificazione dei cittadini, senza il loro previo consenso espresso. Detti trattamenti automatizzati per mezzo dell'utilizzo del sito web istituzionale sono impliciti nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**       **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

Luogo, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_