

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
Misura B2 – EX DGR X/7856 del 12/02/2018

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

diretto interessato

familiare grado di parentela _____

tutore nominato con decreto n. _____ del _____

amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

del sig. Cognome e Nome _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e- mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione socio-sanitaria integrata per la definizione di un Progetto Individuale di assistenza – in collaborazione con il CEAD dell'ASST – comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR N. X/7856 del 12/02/2018 Misura B2 a favore delle persone con gravi disabilità o anziani non autosufficienti.

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE:

1. ISEE in corso di validità
2. copia della certificazione di invalidità

3. copia della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92
4. fotocopia del codice IBAN dell'istituto di credito presso il quale dovrà essere accreditato il beneficio economico.
5. copia del contratto di lavoro di assunzione di assistente personale o documentazione attestante (stato di famiglia, stato occupazionale o contratto di lavoro part-time) la presenza del caregiver facente funzioni di assistente personale e che tale attività sia incompatibile con un rapporto di lavoro autonomo/dipendente full-time.

CHIEDE ALTRESÌ

che il contributo eventualmente concesso venga versato sul proprio conto corrente personale.

A tal fine, in ottemperanza al disposto dalla Legge 13/08/2010, n° 136, art. 3 “Tracciabilità dei flussi finanziari”, comunica gli estremi del proprio conto corrente:

ISTITUTO DI CREDITO																ABI												
AGENZIA																CAB												
IBAN	I	T																										

Conto cointestato:

SÌ

NO

EVENTUALE COINTESTATARIO DELCONTO	COGNOME NOME COD.FISCALE Nato a Il Residente a In via
--	---

che il contributo eventualmente concesso venga riscosso da (*grado di parentela*) _____, sig./sig.ra _____ residente a _____ in via _____, al/alla quale rilascio, contestualmente alla presente richiesta, formale delega per la riscossione.

A tal fine, in ottemperanza al disposto dalla Legge 13/08/2010, n° 136, art. 3 “Tracciabilità dei flussi finanziari”, comunica gli estremi del conto corrente relativi a _____ :

ISTITUTO DI CREDITO																ABI												
AGENZIA																CAB												
IBAN	I	T																										

Si comunicano altresì le generalità ed il codice fiscale della persona intestataria del sopraccitato conto:

DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO DEL CONTO	Nome/cognome..... Residente a Indirizzo: VIA C.F. Nato ail
--	---

Eventuali modifiche saranno comunicate tempestivamente e comunque entro 7 giorni dalla data di variazione (comma 7 art. 3).

La presente comunicazione è fornita ai sensi e per gli effetti della Legge 13/08/2010, n° 136.

DICHIARA:

di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 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 sopracitato D.P.R. N. 445/2000;

IL RICHIEDENTE

DATA _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____
 acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e smi, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e le vita sessuale"

presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il signor/ra _____ non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica di agire o per incapacità di intendere o di volere,

il sottoscritto _____ in qualità di

- familiare
- tutore
- amministratore di sostegno

Acconsente

Al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con grave disabilità, ai sensi della DGR n. X/7856/2018, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____