



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO

P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it
amministratori@comune.comabbio.va.it

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI AI SENSI DELLE DGR XI/2720 del 23/12/2019 – DGR XI/2862 DEL 28/02/2020 – Decreto 2506 del 26/02/2020 – DGR XI/3055 DEL 15/04/2020

IL SOTTOSCRITTO

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n _____

Provincia _____

Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Nominativo del Medico di medicina generale (medico curante) _____

IN QUALITÀ DI

- DIRETTO INTERESSATO

ovvero di

- FAMILIARE Grado di parentela _____

- TUTORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

- CURATORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto _____

n. _____ del _____

del Sig. _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

Provincia _____

Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO

P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it
amministratori@comune.comabbio.va.it

AL FINE DI ACCEDERE ALLE MISURE PREVISTE

DICHIARA

- Di avere presentato nel corso del 2019 domanda per la Misura B2 nell'anno 2019 ai sensi della DGR 1253/2019;
(oppure)
- Che il soggetto sopraindicato ha presentato nel corso del 2019 domanda per la Misura B2 nell'anno 2019 ai sensi della DGR 1253/2019;

CHIEDE

- Di essere sottoposto a valutazione multidimensionale integrata
(oppure)
- Di sottoporre alla valutazione multidimensionale integrata il soggetto sopra indicato

A TAL FINE ALLEGA

Per la misura B2 relativa alla disabilità grave e all'anziano non autosufficiente

- Documento di identità dell'interessato e del richiedente se persona diversa;
 - Carta nazionale dei servizi (CNS/CRS) del beneficiario dell'intervento;
 - Attestazione ISEE in corso di validità oppure DSU nel caso in cui, all'atto della presentazione della domanda, l'attestazione ISEE aggiornata non sia ancora disponibile. L'ISEE richiesto per i maggiorenni è il cosiddetto ISEE socio-sanitario (della persona), per i minorenni è quello ordinario;
 - Copia del certificato della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 anche se in attesa dell'accertamento oppure dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980. Nel caso la richiesta di certificazione della condizione di gravità
 - Contratto di assunzione dell'assistente familiare, con relativa matricola INPS e posizione INAIL;
 - Certificazione frequenza centri diurni (con indicazione n. di ore mensili effettive di frequenza)
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO

P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it
amministratori@comune.comabbio.va.it

DICHIARA

- Di avere presentato istanza di misura B1

(oppure)

- Di non avere presentato istanza di misura B1

- Di beneficiare delle seguenti misure/prestazioni:
- Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019;
- interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
- interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
- ricovero ospedaliero;
- ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
- sostegni DOPO DI NOI riferiti esclusivamente per canone di locazione o per spese condominiali per persone disabili con progetto di vita indipendente;
- prestazioni integrative previste da Home Care Premium/INPS HCP ad eccezione di erogazione di specifici contributi.
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

- _____

di essere a conoscenza che il Servizio Sociale Comunale potrà procedere con controlli a campione come previsto dall'art. 9 del regolamento DGR XI/2720 del 23/12/2019 – DGR XI/2862 DEL 28/02/2020 – Decreto 2506 del 26/02/2020 – DGR XI/3055 DEL 15/04/2020

di essere a conoscenza che l'ASST SETTE LAGHI, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a 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 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO

P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it
amministratori@comune.comabbio.va.it

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), si informa che i dati personali comuni e particolari presenti nella domanda e allegati relativi, sono trattati dal Comune di Sesto Calende - Ufficio di Piano, in qualità di Titolare in attuazione del Decreto Ministeriale 14/05/2014, 202. Fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta il trattamento dei dati forniti direttamente dagli interessati o comunque acquisiti per le suddette finalità, è effettuato presso il Comune di Sesto Calende – Ufficio di Piano, anche con l'utilizzo di procedure informatizzate da persone autorizzate e impegnate alla riservatezza. Il trattamento dei dati viene effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato all'espletamento delle attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni di morosità incolpevole ai fini dell'accesso ai relativi contributi.

Il trattamento dei dati raccolti attraverso il presente modulo è improntato ai principi di liceità e correttezza, di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei dati (fatta eccezione per il numero telefonico e per l'indirizzo e-mail) è obbligatorio e l'eventuale rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura per accedere al contributo previsto dall'apposito Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli.

I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, ma saranno comunicati all'Ufficio di Piano di Sesto Calende per l'espletamento della relativa istruttoria come previsto dal Bando pubblico; potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici purché previsto da specifiche disposizioni di legge o di regolamento. I trattamenti saranno effettuati a cura delle persone fisiche preposte alla relativa procedura, designate come incaricati del trattamento, nonché dai soggetti che interverranno nelle attività procedurali opportunamente individuati e designati come Responsabili esterni del trattamento.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento se incompleti o erronei e la cancellazione se sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo la richiesta ad uno dei seguenti indirizzi:

- Comune di Sesto Calende - Ufficio di Piano, in qualità di Titolare, mediante indirizzo e-mail: pdz@comune.sesto-calende.va.it

Per altri dettagli consultare l'informativa presente sul sito del Comune: <http://www.comune.sesto-calende.va.it>.

Data _____

Firma _____