

**DOMANDA PER LASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER  
ASSISTENTE FAMILIARE**

**(FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018 AI SENSI DELLA D.G.R. N.  
XI/1253 DEL 12.02.2019)**

**Il richiedente:**

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>
<i>Residenza Via</i> _____ <i>Comune</i> _____
<i>Tel.</i> _____ <i>Cell:</i> _____

***C H I E D E L A S S E G N A Z I O N E D E L B U O N O S O C I A L E***

***A FAVORE DI (compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)***

<i>Cognome:</i> _____
<i>Nome:</i> _____
<i>Sesso ?maschio ?femmina</i>
<i>Luogo e data di nascita</i> _____ <i>Età</i> _____
<i>Codice fiscale:</i>

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**  
**quanto segue**

- il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
  - per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA);
  - che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una attestazione ISEE socio-sanitario pari o inferiore ad " 15.000 (COPIA ALLEGATA);
  - il beneficiario è in possesso di certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o è in attesa di definizione dell'accertamento (COPIA ALLEGATA);
- oppure
- il beneficiario è in possesso dell'indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e successive integrazioni e modifiche con la L. 508/1988 (COPIA ALLEGATA);
  - il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina alla Tutela del beneficiario (COPIA ALLEGATA);
  - il beneficiario è assistito nella cura da assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro (COPIA ALLEGATA);
  - il beneficiario non è assegnatario del Voucher Reddito da Autonomia (ex DGR 7487/2017);
  - il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali;
  - il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

<b>(barrare la casella interessata)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare _____		
Usufruisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI)		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con le seguente formula:		
Accesso settimanale almeno di 5 ore		
Accesso settimanale tra 2 e 3 ore		
Accesso settimanale minore o uguale ad 1 ora		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
  - del 100%
  - dal 50% al 99%
  - dal 20% al 49,90%
- di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:

<b>(barrare la casella interessata)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Assenza di rete familiare (solo assoluto)		
Presenza di rete familiare nel Comune di residenza		
Presenza di rete familiare all'interno dell'ambito territoriale di Asola		
Presenza di familiari in altri territori extra ambito di Asola		
Presenza di altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 60% e il 99% (ALLEGA COPIA)		

Ai fini della presentazione della presente domanda **allega la fotocopia del documento di identità del richiedente (e del beneficiario, se diverso dal richiedente).**

DICHIARA altresì di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, 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, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario (o Postale) - (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

Conto corrente intestato a \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

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

#### **INFORMATIVA AGLI UTENTI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), i dati personali anche particolari (art. 9 del GDPR) forniti per l'accesso alla Misura FNA . B2 sono raccolti ai soli fini della gestione della domanda e relativa istruttoria come da D.G.R. XI/1253/2019 di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di presentare la domanda.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, in persona del Direttore Generale, dott.ssa Daniela Ottoni.

Il Responsabile Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR dell'Azienda Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce, l'interessato manifesta il proprio consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari per la suddetta finalità.

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

Firma \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Esito valutazione triage: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver provveduto alla valutazione e registrazione del triage in Cartella Sociale Informatizzata.

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

L'Assistente Sociale \_\_\_\_\_