

AMBITO TERRITORIALE DI CERTOSA DI PAVIA

Comuni

BASCAPÈ, BATTUDA, BEREGUARDO, BORGARELLO, BORNASCO, CASORATE PRIMO, CERANOVA, CERTOSA DI PAVIA, CURA CARPIGNANO, GIUSSAGO, LANDRIANO, LARDIRAGO, MARCIGNAGO, MARZANO, ROGNANO, RONCARO, SANT'ALESSIO CON VIALONE, SIZIANO, TORREVECCHIA PIA, TROVO, TRIVOLZIO, VELLEZZO BELLINI, VIDIGULFO, ZECCONE

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE PREVISTE DALLA DGR 1253/2019 in favore di PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (FNA 2018 - DGR 1253 del 12/02/2019)

Il/la sottoscritto/a _____

nata/o a _____ prov _____ il _____

Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____ codice fiscale _____

in qualità di:

Diretto interessato

Oppure

Familiare

Amministratore di Sostegno

Tutore

Curatore

di:

(cognome/nome) _____

nata/o a _____ il _____

Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

codice fiscale _____

CHIEDE

Di accedere alle seguenti misure previste dalla DGR 1253/2019 a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità (misura B2):

- VOUCHER FINALIZZATO A FAVORIRE LA VITA DI RELAZIONE DI MINORI GRAVEMENTE DISABILI**, con appositi di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc.);
- BUONO SOCIALE PER PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE**, riservato a persone con grave o gravissima disabilità, di età compresa tra 18 e 64 anni, con capacità di esprimere la propria volontà, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto;

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- ✓ che la persona destinataria dell'intervento:
 - è residente nel Comune di _____;
 - ha un ISEE (*rilasciato in data successiva al 15/01/2019*) pari a € _____;
 - è affetta da GRAVI LIMITAZIONI FUNZIONALI che ne compromettono l'AUTOSUFFICIENZA e l'AUTONOMIA PERSONALE nelle attività della vita quotidiana;
 - non è in carico alla misura per la gravissima disabilità (misura B1) di cui alla D.G.R. n. 1253/2019;
- non frequenta unità d'offerta a ciclo diurno (CSE, CDD)
oppure
- frequenta il seguente servizio diurno:
 - Centro Diurno Disabili (CDD)
 - Centro Socio Educativo (CSE)
- ✓ di essere a conoscenza che:
 - a) l'accesso alle misure sarà autorizzato previa verifica della presenza/sussistenza dei requisiti previsti dalla DGR 1253/2019;
 - b) nel progetto individuale (PI) saranno individuati gli strumenti più adeguati a rispondere ai bisogni rilevati in fase di valutazione sociale (o multidimensionale in casi di bisogni complessi) e le relative modalità di erogazione;

- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni del Ambito Territoriale di Certosa di Pavia;
- Copia del contratto di lavoro con assistente familiare, in corso di validità (se presente);
- Altro (specificare) _____

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali e in particolare che:

- devono essere necessariamente forniti, per accertare la situazione economica del nucleo del dichiarante, i requisiti per l'accesso al contributo e la determinazione del contributo stesso;
- sono raccolti dal Comune e trattati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare il contributo e per le sole finalità connesse e strumentali previste dal presente bando;
- possono essere trasmessi ad ATS Pavia e Regione Lombardia, nonché essere comunicati al Ministero delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti.

Sono consapevole che posso rivolgermi, in ogni momento, ai responsabili del trattamento dei dati per farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, posso chiederne il blocco e oppormi al loro trattamento, se trattati in violazione del Regolamento (UE) 2016/679.

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante
