

COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

Allegato A - DOMANDA

ASSEGNAZIONE DEL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2026 – ESERCIZIO 2027 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE 12 VALLE SABBIA IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. 6320/2026 – DECRETO 8176/2026 E 9728/2026.

Il/La sottoscritto/a (Cognome)(nome).....
nato/ail
Codice Fiscale
Residente avia/piazza.....
n.....CAP.....telefono.....
mail.....
relazione di parentela con il beneficiario.....

CHIEDE

L'accesso alla Misura B2:

- ☐ a favore di sé stesso;
- ☐ a favore della seguente persona:

(Cognome).....(nome).....
nato/a ila.....
genere M. ☐ F. ☐
codice fiscale.....
residentevia/p.zza.....n.....
domiciliato (indicare solo se diverso da indirizzo residenza)

DICHIARA:

- ☐ di essere residente in uno dei Comuni dell'Ambito 12;
- ☐ di essere in condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, 3° comma, legge n. 104/92, come da verbale n..... data.....**di cui si allega copia;**
- ☐ di essere beneficiario/a dell'indennità di accompagnamento come da verbale n..... data.....**di cui si allega copia;**

- ☐ **il valore dell'ISEE** del beneficiario, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda, è pari ad euro **di cui si allega copia;**
- ☐ l'attestazione ISEE è di tipo ☐ **ordinario** o ☐ **sociosanitario;**

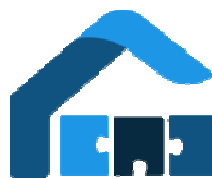
DICHIARA ALTRESI':

- ☐ di non essere in accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- ☐ di non essere in carico presso Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali ≥ 18 ore (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno ex DGR n. 3239/2012);
- ☐ di non essere in ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- ☐ di non beneficiare di un contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- ☐ di non essere preso/a in carico con Misura RSA Aperta di cui alla DGR 7769/2018;
- ☐ di non essere beneficiario della Misura B1;
- ☐ di non beneficiare della misura Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
- ☐ di non beneficiare della prestazione Universale di cui agli artt.34-36 del D.lgs 29/2024;

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli 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



AMBITO 12
VALLE SABBIA



COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

CHIEDE:

L'ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE PER IL PERIODO 01/01/2027 - 31/12/2027:

- ☐ **Misura B2 – caregiver**
- ☐ **Misura B2 – Assistente familiare con regolare contratto**
- ☐ **Misura B2 – assegno di cura per Autonomia**
- ☐ **Misura B2 – Voucher (interventi integrativi di assistenza diretta) anziani**
- ☐ **Misura B2 – Voucher (interventi integrativi di assistenza diretta) disabile minori o adulti**

Dichiara che il richiedente:

- ☐ è assistito al domicilio dal caregiver familiare Sig.ra/Sig.....
(relazione di parentela.....) per ore giornaliere
e che la persona è ☐ **convivente** o ☐ **non convivente**;
- ☐ ha assunto con regolare contratto la/il Sig.ra/Sig.....
con decorrenza dal e che la persona è ☐ convivente o ☐ non convivente;
Indicare ore settimanali di contratto n.....)
Allegare copia contratto, cedolini e versamento contributi.

CHIEDE CHE

l'eventuale erogazione del Buono avvenga a mezzo accredito sul c/c bancario e/o postale (non libretto postale) sul seguente **conto intestato o cointestato al beneficiario:**

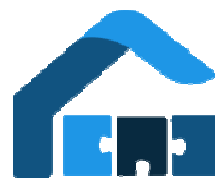
Intestazione del conto.....

Nome Banca e/o Posta.....

Codice IBAN

SI IMPEGNA A:

- concordare e condividere con il servizio sociale comunale il Progetto Individuale e sottoscriverlo;
- fornire tutta la documentazione richiesta nell'Avviso di Bando.
- comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti il venir meno delle condizioni che ne hanno dato il diritto.



COMUNITA' AMICHE DELLA DISABILITA'

Li _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Il Titolare del trattamento dei dati è la Comunità Montana di Valle Sabbia che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

Telefono: 0365 8777 – E-mail: protocollo@cmvs.it - Indirizzo PEC: protocollo@pec.cmvs.it

Potrà altresì contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: rdp@secoval.it

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali viene effettuato con finalità relative all'esecuzione di compiti di interesse pubblico connesse all'erogazione del contributo economico ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. e) e del Regolamento UE 679/2016.

I Suoi dati saranno trattati da soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento. Saranno inoltre comunicati a soggetti pubblici per l'osservanza di obblighi di legge, sempre nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Non è previsto il trasferimento di dati in un paese terzo.

Le comunichiamo inoltre che il conferimento dei dati è obbligatorio per ottenere il contributo economico; qualora non fornirà tali informazioni non sarà possibile ottenere la prestazione richiesta. I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati.

Potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, i Suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai Suoi dati personali, nonché al diritto di ottenerne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto di opposizione al trattamento, salvo vi sia un motivo legittimo del Titolare del trattamento che prevalga sugli interessi dell'interessato, ovvero per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

Potrà esercitare i Suoi diritti rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della protezione dei dati, reperibili ai contatti sopra indicati.

Ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali qualora ne ravvisi la necessità.

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

_____, li _____

Firma per esteso e leggibile per presa visione _____