

Prot. n. _____ del _____
COMUNE DI _____

MODULO RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI A FAVORE DI PERSONE DISABILI E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI residenti nei Comuni del sub-ambito casalasco in applicazione delle della DGR XI/5791 del 21/12/2021 e ulteriori risorse (Misura B2)

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a a _____ prov. _____ il _____,

C.F. _____ residente a _____

Via _____ n. _____,

tel./cel. _____ e-mail (facoltativo) _____

In qualità di:

- Diretto/a interessato/a
 familiare/tutore/caregiver e/o Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome _____ nato/a a _____ Prov. _____ Il _____,

C.F. _____ residente a _____

Via _____ n. _____,

tel./cel. _____ e-mail (facoltativo) _____

RICHIEDE

L'attivazione delle prestazioni a favore di disabili gravi e anziani non autosufficienti della DGR XI/5791 del 21/12/2021 e ulteriori risorse (barrare una sola casella):

- Buono sociale mensile **ESCLUSIVAMENTE** a sostegno del/la *caregiver* familiare (anche non convivente)
 Buono sociale mensile a sostegno del/la *caregiver* familiare e dell'assistente familiare regolarmente impiegato (anche non conviventi)
 Buono sociale mensile **ESCLUSIVAMENTE** a sostegno dell'assistente familiare regolarmente impiegato (anche non convivente)
 Voucher sociale anziani (progetti specifici a sostegno di anziani non autosufficienti e dei loro caregiver)
 Voucher sociale minori (progetti specifici a sostegno di minori disabili)

Tipologia di certificazione (barrare una sola casella):

- Demenza
- Disabilità in seguito ad un evento traumatico (es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)
- Disabilità non post traumatiche (es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)
- Malattie del moto-neurone
- Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)
- Disabilità sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (es. malattia di Huntington, ecc.)
- Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su basi cromosomiche (es. sindrome di Down, ecc.)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi multipla
- Altro (ATTENZIONE da considerare come scelta residuale)

Specificare servizi e/o sostegni economici fruiti dalla persona beneficiaria (barrare una o più caselle):

- Ricovero di sollievo RSA/RSD
(se avvenuto negli ultimi 12 mesi indicare periodo dal __/__/__ al __/__/__)
- ADI
- SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
- Sostegno “Dopo di Noi” (indicare tipologia progetto e importo € ____, __ prog. _____)
- Misura Case management ex DGR 392/2013
- Servizi Prima Infanzia/Scuola dell’Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata _____)
- Servizio di assistenza ad personam (SAAP)
- CSE (fino 14 ore settimanali)
- CDD (fino 14 ore settimanali)
- CDI (fino 14 ore settimanali)
- Riabilitazione ambulatoriale

Il/la beneficiario/a oppure familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno dichiara di accettare la valutazione multidimensionale, che potrà essere svolta in modalità telematica e/o con le modalità consentite a livello nazionale e regionale, a seguito della quale sarà elaborata la graduatoria e redatto il progetto individuale.

Dichiara di redigere un progetto personalizzato in accordo con il servizio sociale, con il personale sanitario e/o ente gestore.

Luogo e data _____

Firma beneficiario/a oppure familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno

Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili

Il trattamento dei dati personali, particolari (ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è unicamente l'esame delle istanze inerenti alla domanda per le prestazioni della Misura B2 prevista dalla DGR XI/5791 del 21/12/2021 che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

I dati verranno trattati nel rispetto della suddetta normativa europea esclusivamente per la predetta finalità. Nell'ambito dell'esame delle istanze i Comuni del sub-ambito casalasco e il Consorzio Casalasco Servizi Sociali, si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria dell'istanza presentata e per le formalità ad essa connesse.

I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: 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.

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

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è il Consorzio Casalasco Servizi Sociali nella persona della Direttrice dott.ssa Cristina Cozzini.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 del Consorzio Casalasco Servizi Sociali è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari per la suddetta finalità.

Luogo e data _____

Firma beneficiario/a oppure familiare/tutore/caregiver e/o Amministratore di Sostegno

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di residenza nella fase di inserimento della domanda nel sistema informatizzato dei servizi sociali, dal Consorzio Casalasco Servizi Sociali e dall'ASST di Cremona nella fase di valutazione e redazione del progetto personalizzato e dall'ATS Val Padana nella fase di rendicontazione economica.

Luogo e data _____

Firma beneficiario/a oppure familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno
