

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

DOMANDA PER L'ACCESSO AL CONTRIBUTO FINALIZZATO ALLA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI GESTIONALI- ANNO 2023-DOPO DI NOI DGR XII/2912 DEL 05/08/2024

Compilare in stampatello

Il/La sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ indirizzo _____
codice fiscale _____
telefono _____ cellulare _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER ACCOMPAGNAMENTO ALL'AUTONOMIA

al fine di poter attuare un percorso di sostegno/accompagnamento per l'emancipazione dal contesto familiare o per la deistituzionalizzazione

- a favore di se stesso,
 a favore di:

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ indirizzo _____
codice fiscale _____
telefono _____ cellulare _____

Relazione di parentela _____
In qualità di _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

- indennità di accompagnamento [] certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3 [] ;
 di frequentare il seguente servizio diurno sociale (es. Centro Socio Educativo Servizio di Formazione all'autonomia):
.....

oppure:

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

di frequentare il seguente servizio diurno socio-sanitario (CDD).....

oppure:

di non frequentare servizi diurni

Indicatore I.S.E.E. socio-sanitario pari ad euro

Indicatore I.S.E.E. ordinario pari ad euro

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

di non usufruire della Misura Reddito di autonomia disabili, dell'Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali e dei Sostegni "Supporto alla Residenzialità" del presente Avviso;

proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

<i>grado di parentela</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo e data di nascita</i>
beneficiario		

di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI"– anno 2023";

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario, in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- Attestazione, a cura del....., riportante l'indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL) – allegato;
- Attestazione riportante l'indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana a cura di.....(scala IADL) – allegato ;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;

Luogo e data

Firma

Compilare in stampatello

Il/La sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ indirizzo _____

codice fiscale _____

telefono _____ cellulare _____

CHIEDE

- a favore di se stesso,
 a favore di:

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ indirizzo _____

codice fiscale _____

telefono _____ cellulare _____

Relazione di parentela _____

In qualità di _____

L'ASSEGNAZIONE DEL:

- VOUCHER RESIDENZIALITA' CON ENTE GESTORE
- CONTRIBUTO RESIDENZIALITA' AUTOGESTITA
- BUONO MENSILE PER COHOUSING/HOUSING

al fine di poter attuare interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

indennità di accompagnamento [] certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3 []

di frequentare il seguente servizio diurno: CSE.....

CDD.....

SFA.....

oppure:

di non frequentare un servizio diurno (CSE,SFA, CDD...);

Indicatore I.S.E.E. socio-sanitario pari ad euro

Indicatore I.S.E.E. ordinario pari ad euro.....

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

di usufruire delle seguenti misure, al fine di verificare la compatibilità con la misura richiesta:

- Misura B2 FNA Buono per accompagnamento alla vita indipendente anno 2021
- Misura B1 FNA Buono assistente personale anno 2021
- progetto sperimentale Vita Indipendente
- Misura Reddito di autonomia disabili
- Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale
- Sostegno "Voucher accompagnamento all'autonomia" de presente Avviso

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGiate COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@serviziosocialiolgiatese.co.it

proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:

grado di parentela	cognome e nome	luogo e data di nascita
beneficiario		

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI"- anno 2020
- di scegliere, ai fini dell'erogazione del "CONTRIBUTO O BUONO MENSILE", una delle seguenti modalità:
- Accredito su conto corrente bancario o postale (intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario conto

Banca Agenzia

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario, in corso di validità;
- Attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- Attestazione, a cura del....., riportante l'indice di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (scala ADL) – allegato;
- Attestazione riportante l'indice di dipendenza nelle attività strumentali alla vita quotidiana a cura di.....(scala IADL) – allegato ;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità.

Luogo e data

Firma

Compilare in stampatello

Il/La sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ indirizzo _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

telefono _____ cellulare _____

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PER RICOVERO DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

al fine di poter usufruire dell'intervento di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare

- a favore di se stesso,
 a favore di:

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ indirizzo _____
codice fiscale _____
telefono _____ cellulare _____
Relazione di parentela _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia

DICHIARA sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46/47 del D.P.R. 445/00 di essere in possesso/che il beneficiario è in possesso dei seguenti requisiti:

- indennità di accompagnamento [] certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma 3 [];
 Indicatore I.S.E.E. socio-sanitario pari ad euro;
 Indicatore I.S.E.E. ordinario pari a euro.....;

E DICHIARA INOLTRE, di essere a conoscenza ai fini della redazione della graduatoria, delle priorità individuate ed elencate nel relativo avviso pubblico e, altresì:

- proprio stato di famiglia / stato di famiglia del beneficiario risulta così composto:*

<i>grado di parentela</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo e data di nascita</i>
beneficiario		

- di conoscere ed accettare le condizioni contenute nell'Avviso Pubblico "DOPO DI NOI"- anno 2020";
 di scegliere, ai fini dell'erogazione del "Contributo per ricovero", una delle seguenti modalità:
 Accredito su conto corrente bancario o postale (intestato o cointestato al beneficiario o al richiedente)

Intestatario conto

Banca Agenzia

IBAN _____

Alla presente domanda si allegano:

- Fotocopia carta d'identità del beneficiario e del richiedente se diverso dal beneficiario;
- Attestazione I.S.E.E. socio-sanitario, in corso di validità;

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@servizisocialiolgiatese.co.it

- Attestazione I.S.E.E. ordinario, in corso di validità;
- **Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 art 3.comma3** e/o copia dell'indennità di accompagnamento;
- Eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;

Luogo e data

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E CONSENSO Documento informativo art. 13 Regolamento UE 2016/679 - GDPR

L'Azienda Speciale Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, ex art. 12 Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali al fine di gestire le attività connesse alla concessione ed erogazione dei contributi di cui al bando "DOPO DI NOI" - DGR 4749/2021 da parte del Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Azienda Speciale Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese, con sede legale in Olgiate Comasco, Piazza Volta n.1, sede amministrativa in Olgiate Comasco, Piazza San Gerardo n. 8, Tel. 031.990743, e-mail privacy@servizisocialiolgiatese.co.it, nella persona del Direttore, dott. Andrea Catelli.

2. RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) è stato nominato. Il DPO è contattabile attraverso i seguenti mezzi: e-mail dpo@servizisocialiolgiatese.co.it; posta: Consorzio Servizi Sociali dell'Olgiatese, piazza San. Gerardo n. 8, Olgiate Comasco (CO).

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO – BASE GIURIDICA

- a) esame delle istanze di contributo pervenute, verifica dei requisiti all'erogazione;
- b) costituzione della graduatoria dei beneficiari;
- c) attività finalizzate a informare i beneficiari circa l'ammissione o esclusione al contributo;
- d) esame dei progetti individualizzati per la presa in carico dei beneficiari e gestione delle erogazioni periodiche;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti.

La base giuridica del trattamento è il consenso (art. 6 par. 1a Reg. EU 2016/679).

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici. La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati dal Titolare (art. 29 Reg. EU 2016/679) e ai Responsabili del Trattamento (art. 28 Reg. EU 2016/679). Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e successivamente trattati, e comunque non oltre 10 anni.

6. NATURA DEL CONFERIMENTO - CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO

Lei è libero di fornire dati personali. Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di cui al punto 3, rende impossibile l'accoglimento dell'istanza di contributo.

7. DESTINATARI O CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

I dati personali avranno come destinatari Responsabili (art. 28 Reg. EU 2016/679) e/o persone fisiche Autorizzate dal Titolare o dal Responsabile (art. 29 Reg. EU 2016/679).

I dati potranno essere comunicati ai Responsabili del trattamento che hanno stipulato specifici accordi, convenzioni o protocolli di intese, contratti con il Titolare del trattamento.

I dati potranno essere inoltre essere comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- Enti pubblici per assolvimento debiti informativi (es: ATS Insubria e Regione Lombardia);
- Enti sanitari (es: A.S.S.T. Lariana);
- Servizi Sociali del Comune di residenza;
- autorità competenti per adempimenti di obblighi di leggi e/o di disposizioni di organi pubblici.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Le sono riconosciuti i diritti come da artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679 – GDPR. In particolare, lei può:

- Richiedere l'accesso ai dati personali
- Richiedere la cancellazione dei dati personali (ad esclusione di quelli richiesti per legge)
- Richiedere di limitare l'elaborazione dei dati personali

CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE

Piazza Volta n.1 22077- presso piazza S. Gerardo 8 – OLGIATE COMASCO – P.I. 02793530136

Tel. 031/990743 Fax. 031-946785 e-mail: info@serviziosocialiolgiatese.co.it

- Opporsi all'elaborazione dei dati personali
- Revocare il consenso precedentemente prestato, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca
- Proporre reclamo all'autorità nazionale per la protezione dei dati personali competente, ovvero il Garante per la protezione dei dati personali.

In caso di opposizione, il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

La revoca del consenso al trattamento dei dati, comporta l'impossibilità del riconoscimento del diritto al contributo, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al titolare riguardo la conservazione dei dati medio tempore acquisiti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Io sottoscritto

dichiaro di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 679/2016, ed

ESPRIMO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Luogo e data,

Firma per consenso al trattamento dati