

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "A"

(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare malato di SLA)

Domanda

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Al Sig. Sindaco del Comune di _____ | prot. n° _____ |
| _____ | del _____ |

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____
in qualità di _____ (*titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno*)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "A"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

- che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare malato di SLA presso il suo domicilio;
- l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;
- di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

| <i>Intestato a</i> | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Richiedente | Beneficiario | Persona di riferimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- il decesso;
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio.

In fede

Luogo, _____

Data / / _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Contributo di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore, amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

REGISTRO DEI CONSENSI ANNO 2021- COMUNE DI IRSINA (MT)- CONTRIBUTO PER MALATI SLA (n. 256 del 12/03/2013) – PROGRESSIVO N. _____

Consenso dell'interessato al trattamento, comunicazione diffusione dei dati personali

Io sottoscritto/a interessato/a, _____ con la firma apposta attesto il mio libero consenso, affinché il titolare, terzi autorizzati e responsabili procedano al trattamento dei dati personali e al Trattamento automatizzato senza profilazione, relativamente alla pratica CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI MALATI SLA (n. 256 del 12/03/2013) di cui è titolare e per le agevolazioni previste dallo stesso.

Sono consapevole che i dati relativi a:

- stato di salute
- stato reddituale

saranno trattati dal Comune Capofila (IRSINA) in qualità di Comune Capofila e dei comuni costituenti l'Ambito 7 – Bradanica Medio Basento (Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra e Tricarico) e dal mio comune di Residenza, nonché da tutte le persone, enti ed aventi diritto come indicati nell'Informativa ricevuta e dalle previsioni normative ivi richiamate.

Che il consenso alla comunicazione dei dati è circoscritto all'ambito dei soggetti indicati nell'informativa generale resa nota sul sito del Comune di Irsina e dalla Regione Basilicata.

Dichiaro di consentire altresì il trattamento dei miei dati personali necessari al corretto espletamento di tutte le pratiche connesse alle finalità del trattamento dei dati. Sono stato reso edotto che i diritti a me spettanti, tra cui accesso e revoca sono ben declinati nella suddetta informativa.

Prendo altresì atto che l'eventuale esistenza di dati particolari fra quelli raccolti è indicato in modo chiaro e, conscio di ciò, estendo il mio consenso anche al trattamento ed alla comunicazione di tali dati vincolando il consenso, comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge, ivi incluso il diritto alla riservatezza e alla minimizzazione dei dati trattati e conservati.

Sono consapevole che in assenza del mio consenso, la pratica non potrà essere istruita, nè trattata poichè tali i dati sono essenziali per il riconoscimento del beneficio economico.

Confermo la mia volontà con la sottoscrizione del presente atto.

Cancellare la voce che non interessa

Autorizza/non autorizza la comunicazione dei propri dati personali.

Autorizza/non autorizza la diffusione dei propri dati personali.

Firma _____

CONTRIBUTO ECONOMICO PER L'ASSISTENZA AI MALATI DI SLA - TIPO "B"

(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)

Domanda

| | |
|-------------------------------------|----------------|
| Al Sig. Sindaco del Comune di _____ | prot. n° _____ |
| _____ | del _____ |

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____
in qualità di _____ (*titolare, familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno*)

fa domanda di contributo economico per l'assistenza ai malati di SLA - tipo "B"

(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)

Per il Sig./Sig.ra _____ codice fiscale _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ CAP _____
indirizzo _____, n° _____, telefono _____

A tal fine, il sottoscritto

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

1. Dati generali

a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

b. che la famiglia:

- intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;

ovvero

- sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona malata di SLA sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;

c. l'impegno a presentare certificazione ISEE della persona malata di SLA i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata, soltanto nel caso in cui ricorrano le condizioni di cui al punto 4 dell'Avviso Pubblico;

d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;

e. che la persona di riferimento è:

Signor/a _____ codice fiscale _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____

Allegato "B"

CAP _____

indirizzo _____, n° _____, telefono _____

2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, iscritto/a all'INPS con matr. _____ il /_ /_ , categoria o qualifica _____, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /_ /_

B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare _____, codice fiscale _____, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) _____ codice fiscale _____, avente sede legale a _____ (_) in Via _____, iscritta al Registro Regionale _____ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° _____, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona malata di SLA indicata in precedenza:
- per n° _____ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /_ /_

3. Modalità diriscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:

- Assegno non trasferibile
- Accredito bancario, su istituto di credito _____
IBAN _____

Intestato a

| Richiedente | Beneficiario | Persona di riferimento |
|-------------|--------------|------------------------|
| | | |

4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale comunale, entro i 15 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona affetta da SLA:

- l'ingresso in una struttura residenziale o sanitaria ed il relativo periodo di permanenza;
- il decesso;
- il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- le variazioni contrattuali relative ai familiari o agli assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, _____ Data /_ /_

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega:

- certificazione medica comprovante la diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica e lo stato di fragilità/compromissione dell'autonomia personale;
- copia del certificato di invalidità e accompagnamento (se presenti)
- attestazione di inserimento nel percorso assistenziale per le malattie neuromuscolari di cui alla D.G.R. n. 463 del 24 aprile 2012, rilasciata dal Centro di Riferimento Hub oppure Spoke di cui alla medesima D.G.R.;
- autocertificazione dello stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Contributo di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante;
- copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore amministratore di sostegno.

Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

In Fede

Data _____

Il Dichiarante

REGISTRO DEI CONSENSI ANNO 2021- COMUNE DI IRSINA (MT)- CONTRIBUTO PER MALATI DI SLA (n. 256 del 12/03/2013) – PROGRESSIVO N. _____

Consenso dell'interessato al trattamento, comunicazione diffusione dei dati personali

Io sottoscritto/a interessato/a, _____ con la firma apposta attesto il mio libero consenso, affinché il titolare, terzi autorizzati e responsabili procedano al trattamento dei dati personali e al Trattamento automatizzato senza profilazione, relativamente alla pratica CONTRIBUTO PER MALATI DI SLA (n. 256 del 12/03/2013) di cui è titolare e per le agevolazioni previste dallo stesso.

Sono consapevole che i dati relativi a:

- stato di salute
- stato reddituale

saranno trattati dal Comune Capofila (IRSINA) in qualità di Comune Capofila e dei comuni costituenti l'Ambito 7 – Bradanica Medio Basento (Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra e Tricarico) e dal mio comune di Residenza, nonché da tutte le persone, enti ed aventi diritto come indicati nell'Informativa ricevuta e dalle previsioni normative ivi richiamate.

Che il consenso alla comunicazione dei dati è circoscritto all'ambito dei soggetti indicati nell'informativa generale resa nota sul sito del Comune di Irsina e dalla Regione Basilicata.

Dichiaro di consentire altresì il trattamento dei miei dati personali necessari al corretto espletamento di tutte le pratiche connesse alle finalità del trattamento dei dati. Sono stato reso edotto che i diritti a me spettanti, tra cui accesso e revoca sono ben declinati nella suddetta informativa.

Prendo altresì atto che l'eventuale esistenza di dati particolari fra quelli raccolti è indicato in modo chiaro e, conscio di ciò, estendo il mio consenso anche al trattamento ed alla comunicazione di tali dati vincolando il consenso, comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge, ivi incluso il diritto alla riservatezza e alla minimizzazione dei dati trattati e conservati.

Sono consapevole che in assenza del mio consenso, la pratica non potrà essere istruita, nè trattata poichè tali i dati sono essenziali per il riconoscimento del beneficio economico.

Confermo la mia volontà con la sottoscrizione del presente atto.

Cancellare la voce che non interessa

Autorizza/non autorizza la comunicazione dei propri dati personali.

Autorizza/non autorizza la diffusione dei propri dati personali.

Firma _____