

All’Ente Gestore

del Servizio Sociale dei Comuni

Viale Duodo, 80

33033 CODROIPO

**DOMANDA AI FINI DELL’ACCESSO AL BENEFICIO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE (D.P.R. 089/2024 BUR n. 30 del 24 LUGLIO 2024 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………

nato/a a ……………………………………………………………..(Provincia/Stato .……………….) il ………………………

residente nel Comune di ……………………………………………… domiciliato a ………………………………………..

in via/piazza ………………………………………………………………………………………………………. n. ……..…….

tel. …………………………………………………………cell.…………………………………………….……………………….

e-mail ………………………………………………………………PEC…………………………………….………...……………

eventuale altro recapito………..………………………………………………………………………………………….….…….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di

❑ coniuge

❑ altra parte dell’unione civile

❑ convivente di fatto

❑ familiare o affine entro il secondo grado (specificare ………………………………………………………………….…………..)

❑ familiare entro il terzo grado (nei soli casi indicati dall’art. 33 della 104/92[[1]](#footnote-1))(specificare ……………………………….)

caregiver familiare di

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome …………………….……………………………………………………………………………………………..  nato/a ….…………………………………………………………………..(Provincia/Stato.……………..….) il ………………..….……  residente nel Comune di……………………………………………… domiciliato a ……………………………………………  in via/piazza ……………………………………………………………………………………………………………n. …….……  tel. ………………………………………………………….cell. …………………………………………………….………………  e-mail ………………………………………………………… PEC ……………………….………………….………...………….  eventuale altro recapito ……………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall’articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che qualora emerga, ai sensi dell’articolo 75 del citato D.P.R., la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decadrà o farà decadere la persona rappresentata dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato,

**DICHIARA QUANTO SEGUE**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**CHE LA PERSONA ASSISTITA (barrare)**

❑ è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ è in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;

❑ ha in atto un programma di deistituzionalizzazione (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita) – allega documentazione;

❑ a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non è autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé;

❑ è stata riconosciuta invalida ai sensi dell’articolo 3, comma 3 della legge 104/1992 – allega documentazione;

❑ è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18 – allega documentazione;

❑ è titolare di progetto “Fondo autonomia possibile” ai sensi della Legge Regionale 6/2006;

❑ è in lista di attesa per l’ammissione al contributo “Fondo autonomia possibile” ai sensi della Legge Regionale 6/2006;

❑ NON è titolare di progetto “Fondo autonomia possibile” ai sensi della Legge Regionale 6/2006;

**E CHE IL SOTTOSCRITTO (barrare)**

❑ è residente in Friuli - Venezia Giulia

❑ non ha presentato analoga domanda di accesso al presente Fondo per altri assistiti

❑ non ha già fruito del beneficio per il “**sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare**”

❑ ha una certificazione I.S..E.E. pari a euro………………………….. con validità fino al ………………….

**CHIEDE AL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI**

Che la propria situazione venga valutata al fine dell’ottenimento del beneficio per il “**sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare**” e della relativa progettazione personalizzata;

**INFORMAZIONI IN MERITO AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO**

La presente domanda dà avvio ad un procedimento amministrativo il cui esito consisterà nell’invio di una comunicazione di accoglimento o di respingimento motivato della richiesta presentata.

Luogo e data …………………………

Firma del caregiver……………………………………

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………

nato/a a ……………………………………………………………..(Provincia/Stato .……………….) il ………………………

residente nel Comune di ……………………………………………… domiciliato a ………………………………………..

in via/piazza ………………………………………………………………………………………………………. n. ……..…….

tel. …………………………………………………………cell.…………………………………………….……………………….

e-mail ………………………………………………………………PEC…………………………………….………...……………

eventuale altro recapito………..………………………………………………………………………………………….….…….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di **persona assistita/legale rappresentante della persona assistita** è **consenziente** nei confronti del lavoro di cura e assistenza fornite dal caregiver familiare individuato.

Firma ……………………………………

**> DOCUMENTI ALLEGATI** (barrare)

* Fotocopia non autenticata della carta d’identità del richiedente e dell’assistito (solo se la domanda NON è sottoscritta digitalmente);
* Eventuali documenti che attestino la rappresentanza legale;
* Eventuale documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
* Eventuale documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);
* Eventuale copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell’indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3);
* copia dell’IBAN intestato al caregiver nel quale effettuare la liquidazione (l’IBAN deve essere di un conto corrente bancario o postale);
* copia della dichiarazione ISEE del CARE GIVER in corso di validità e inferiore/uguale a 30.000,00 euro;
* altri eventuali documenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati

del Parlamento Europeo e del Consiglio d’Europa del 27 aprile 2016, n. 679 (GDPR)

e ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

“Codice in materia di protezione dei dati personali”,

come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | | | |
|  |  | | | |
| nato/a a |  | | | |
|  |  | | | |
| il |  | | | |
|  |  | | | |
| residente nel Comune di |  | | | |
|  |  | | | |
| in via/piazza |  | | | |
|  |  | | | |
| in qualità di | □ diretto interessato |  | |  |
|  | *oppure di* | | | |
|  | □ esercente la responsabilità genitoriale  □ tutore  □ curatore  □ amministratore di sostegno | | | |
|  | di | | | |
|  | nome e cognome | |  | |
|  |  | |  | |
|  | nato a | |  | |
|  |  | |  | |
|  | residente nel Comune di | |  | |
|  |  | |  | |
|  | in via/piazza | |  | |

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l’informativa per il consenso al trattamento dei dati personali fornitagli/le e conseguentemente

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e/o di suo/a figlio/a e/o della persona di cui è rappresentante legale (*nome e cognome*) ................................................................................... necessari all’attività di approfondimento valutativo da parte dei servizi, alla predisposizione di un progetto personalizzato a favore di se stesso e/o di suo/a figlio/a/ e/o della persona di cui è il rappresentante legale e/o all’ottenimento di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o all’attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

Località e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI DEL MEDIO FRIULI

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13-14 DEL GDPR 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)**

Nel rispetto della normativa vigente, il trattamento relativo al presente servizio sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Il conferimento dei dati personali, particolari e sensibili richiesti o raccolti dell’Ente, è obbligatorio secondo le condizioni di legge.

Ai sensi dell’articolo 14 del GDPR 2016/679, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni: **DATI DI CONTATTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOGGETTO** | **DATI** | **CONTATTO TEL.** | **EMAIL** |
| TITOLARE | ASP “D. MORO” | 0432909366 | [aspmoro@pec.it](mailto:aspmoro@pec.it) |
| RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO | RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI – DOTT.SSA  ANNA CATELANI | 0432909366 | [aspmoro@pec.it](mailto:aspmoro@pec.it) |
| RESPONSABILE PROTEZIONE DATI | ROBYONE S.R.L. | 0490998416 | [info.robyone@ronepec.it](mailto:info.robyone@ronepec.it) |

**CATEGORIE DI DATI TRATTATI**

I dati personali che saranno raccolti e trattati possono riguardare: dati identificativi - cognome e nome, residenza, domicilio, nascita, identificativo online (username, password, customer ID, altro) -, situazione familiare, immagini, elementi caratteristici della identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale, sociale; dati inerenti lo stile di vita situazione economica situazione finanziaria situazione patrimoniale situazione fiscale dati di connessione: indirizzo IP, login, altro; dati di localizzazione: ubicazione, GPS, GSM, altro. In particolare, è possibile, che il trattamento riguardi i seguenti dati sensibili: dati inerenti l’origine etnica, opinioni politiche, convinzioni religiose o filosofiche, appartenenza sindacale, salute, vita o orientamento sessuale, dati genetici e biometrici, dati relativi a condanne penali.

**FINALITA’ DEL TRATTAMENTO**

I dati raccolti potranno essere trattati in quanto sono necessari ai fini dell’ottenimento del contributo/intervento per il quale viene presentata la domanda.

Qualora risulti necessario trattare i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento verranno fornite informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente.

**DESTINATARI DEI DATI**

Il titolare comunica i dati forniti nella domanda concessione dei contributi agli uffici della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e ai soggetti ai quali la comunicazione è dovuta per legge per l’espletamento delle finalità istituzionali dell’Amministrazione regionale.

**MODALITÀ DI TRATTAMENTO**

I dati personali forniti potranno essere oggetto di: Raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto od interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione, profilazione, pseudonimizzazione, ogni altra operazione applicata a dati personali.

Il trattamento sarà effettuato sia con strumenti manuali e/o informatici e telematici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti. Il trattamento non comporta l'attivazione di un processo decisionale automatizzato.

**PERIODO DI CONSERVAZIONE**

I dati personali vengono conservati a tempo illimitato nel rispetto della vigente normativa.

**DIRITTI DELL’INTERESSATO**

In qualsiasi momento, l’interessato può esercitare i diritti:

* di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente informativa;
* di accesso ai propri dati personali;
* di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (nei casi previsti dalla normativa); di opporsi al trattamento (nei casi previsti dalla normativa); alla portabilità dei dati (nei casi previsti dalla normativa);
* di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca;
* di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy)
* di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti
* di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa (art. 82).

1. “Qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti” [↑](#footnote-ref-1)