



DOMANDA DI AMMISSIONE AL

“FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE”

Per coloro che NON HANNO presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2019

Il /la sottoscritto/a

cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*caregiver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di

cognome _____ nome _____

nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ via _____ n. _____

c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” ai sensi delle deliberazioni di G.R. n. 82 del 12/04/2021 e ss.mm.ii.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

1. Che il sig./sig.ra _____, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980) si trova in condizione di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

(a pena di esclusione: barrare una sola casella)

- a.** persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b.** persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza, incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d.** persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f.** persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h.** persona con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i.** persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali: _____

All'uopo richiede

- contributo economico per il *caregiver* dell'importo di € 400,00 mensili;

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Termoli, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Termoli, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Termoli, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____ (allegare copia)

SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- copia documento d'identità** in corso di validità del paziente;
- copia documento d'identità** in corso di validità del suo *caregiver*;
- copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
(alternativamente)
- Scala di valutazione: per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h)** debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);
- Certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza,** debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. **In particolare per la lettera i) la valutazione** dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con **specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente;**
- Certificazione ISEE riferita alla persona disabile in corso di validità, prevista per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (art. 6 del DPCM 159/2013).

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore nonché Responsabile Amministrativo dell'Ufficio di Piano dell'ATS di Termoli, nella persona dell'avv. Antonio Russo domiciliata per la carica in Termoli 86039 (CB), presso l'Ufficio di Piano.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società *AFA System s.r.l.*, sede legale: via Conte Rosso 21/A, Campobasso, email: dpo@afasystem.it – tel: 0692935246 – referente: ing. Francesco Amorosa.

Finalità del trattamento e Base giuridica

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio. "*Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare*" (Art.1, comma 255 della L. 205/2017 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 82 del 12 aprile 2021 ss.mm.ii.).

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi. Saranno effettuate le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 21 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Termoli, in persona del Coordinatore, nonché Responsabile Amministrativo dell'Ufficio di Piano dell'ATS di Termoli dell'avv. Antonio Russo, all'indirizzo postale della sede legale – Termoli (CB) via Sannitica n. 5 all'indirizzo PEC: ambito.termoli@pec.comune.termoli.cb.it.

Io sottoscritto/a dichiaro/a di aver ricevuto l'informativa che precede e alla luce dell'informativa ricevuta

- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
- esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali agli enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.
- esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Letto, confermato e sottoscritto,

Li _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)