

**DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA MULTIDIMENSIONALE  
AI SENSI DELLA D.G.R. n. X / 5940 del 05/12/2016  
(MISURA B.2)**

Prot. N. .... del .....

**AL COMUNE DI**

.....

*(modulo da compilare in stampatello a cura del beneficiario o tutore)*

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Prov. di ..... il .....

Residente in via/piazza ..... n° .....

Comune di ..... Prov. .... C.A.P. ....

telefono ..... cellulare .....

stato civile ..... Codice fiscale .....

**CHIEDE**

**Per sé**

**Per conto del beneficiario** *[In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, procuratore, ecc...) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (DPR 445/00 art.4)]*

**In qualità di:**

rappresentante legale del richiedente (specificare se tutore, procuratore).....

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere  
(specificare grado di parentela) .....

Cognome ..... Nome.....

nato/a a ..... Prov. di ..... il.....

Residente in via/piazza ..... n° .....

Comune di ..... Prov. .... C.A.P. ....

telefono ..... cellulare .....

Codice fiscale .....

Di accedere ad una o più delle seguenti prestazioni previste dalla D.G.R. n. X/5940 del 05/12/2016, misura B.2, previa valutazione dell'Assistente Sociale del Comune di residenza e della Commissione Distrettuale (indicando la preferenza di prestazione nel caso di più scelte es. 1 prima scelta, 2 seconda scelta):

	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare
	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver professionale
	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente
	Contributi per periodi di sollievo presso unità di offerta residenziali socio sanitarie o sociali
	Voucher sociali per l'acquisto di interventi integrativi o complementari alla domiciliarità
	Prestazioni di potenziamento d' interventi tutelari domiciliari (potenziamento SAD)
	Voucher sociali per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- Che il beneficiario:
  - è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
  - percepisce l'indennità di accompagnamento
- Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:
  - ISEE ORDINARIO pari a euro .....
  - ISEE SOCIOSANITARIO pari a euro .....
  - ISEE RISTRETTO pari a euro .....
 come da allegata certificazione;



**Si allega alla presente:**

- ❑ Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- ❑ Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- ❑ Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.
- ❑ Certificazione ISEE in corso di validità
- ❑ Verbale di invalidità
- ❑ Certificato di condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
- ❑ Eventuale ulteriore documentazione sanitaria utile
- ❑ Eventuale altra documentazione sociale
- ❑ Copia del contratto di assunzione del caregiver professionale (badante) e/o dell'assistente personale individuato per il supporto ai progetti di vita indipendente

Nel caso di erogazione del buono sociale:

- ❑ Copia fotostatica di una comunicazione bancaria contenente l'IBAN.

Luogo e data:

Firma leggibile:

.....

# Espressione di consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e sanitari.

Il sottoscritto (*cognome e nome*) .....

nato a .....Prov.....il .....

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto;

- presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari
- presta il suo consenso all'utilizzo dei dati sensibili e la loro trasmissione agli Enti coinvolti nell'erogazione di prestazioni e/o concessione di contributi

Firma leggibile .....

\*\*\*\*\*

Considerato che il Sig./la Sig.ra (cognome e nome)

.....

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere.

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) .....

*In qualità di:*

- familiare (indicare il grado di parentela) .....
- esercente la patria potestà
- convivente
- tutore
- amministratore di sostegno
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari in nome e per conto del

Sig./Sig.....

Luogo e data:

Firma leggibile:

.....