

**MODULO PER LA RICHIESTA FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA ANNO 2025 A PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO CARICO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO DI LODI – MISURA B2**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

In qualità di:

- diretto interessato  
 familiare di riferimento di

- amministratore di sostegno \*  
 tutore/curatore

\*allegare Decreto di Nomina

del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

L'attivazione delle prestazioni a favore di persone con disabilità grave e a basso carico assistenziale come previsto dalla **D.G.R. N. 3719/2024 (Misura B2)**

A tal fine dichiara:

- di essere Invalido Civile al 100 % e:
- di avere diritto all'indennità di accompagnamento
  - di essere stato riconosciuto "Disabile Grave" ai sensi dell'art. 3 c. 3 della Legge 104/92
- di avere un ISEE sociosanitario pari a € \_\_\_\_\_
- di avere un ISEE ordinario pari a € \_\_\_\_\_ (indicare SOLO per i minorenni)
- Dichiaro di accettare la valutazione multidimensionale, a seguito della quale sarà steso il progetto individuale.
  - Dichiaro di non essere beneficiario della misura RSA APERTA (ex DGR 7769/2018).
  - Dichiaro di NON percepire la Misura B1
  - Dichiaro di frequentare il: \_\_\_\_\_ CDD; \_\_\_\_\_ CSE; \_\_\_\_\_ SFA; \_\_\_\_\_ CDI

## INTERVENTI ATTIVABILI

### **Buoni Sociali**

- per valorizzazione caregiver
- per assistente familiare (BADANTE)

### **Interventi Sociali Integrativi**

- Educatore al centro estivo (assistenza individuale)
- Laboratori Educativi
- SAD Integrativo (di interventi già attivi)
- Ricoveri di Sollievo
- Supporto psicologico al Caregiver
- Interventi di formazione/addestramento al Caregiver

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



### Espressione di consenso al trattamento di dati sensibili.

Il trattamento dei dati personali, particolari (ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è unicamente l'esame delle istanze inerenti la domanda per le prestazioni della Misura B2 prevista dalla **D.G.R. N. 1669/2023** che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

I dati verranno trattati nel rispetto della suddetta normativa europea esclusivamente per la predetta finalità.

Nell'ambito dell'esame delle istanze i Comuni dell'Ambito di Lodi e l'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi, si impegnano a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria dell'istanza presentata e per le formalità ad essa connesse. I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione. Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Comune di residenza del richiedente.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 comma 1 del GDPR è l'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 dell'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali in quanto Ente Capofila del Piano di Zona dell'Ambito di Lodi, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e particolari per la suddetta finalità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, dati particolari e dati giudiziari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dal Comune di residenza nella fase di inserimento della domanda nel Sistema Informativo Zonale, dall'Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali e dall'ASST di Lodi nella fase di valutazione e redazione del progetto personalizzato e dall'ATS Milano Città Metropolitana nella fase di rendicontazione economica.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_

Non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto \_\_\_\_\_

- amministratore di sostegno
- tutore/curatore

Acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

D.P.R. n° 445/2000 art. 4, comma 2 MODELLO 1

La dichiarazione nell' interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (7).

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi, altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del/della Sig./sig.ra

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

attesta l'impedimento del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dovuto al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda di contributo, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

Li, \_\_\_\_\_