

**INTERVENTI IN FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ GRAVISSIMA  
(Decreto Interministeriale 26 settembre 2016 e D.G.R. n. 104/2017)**

**MODELLO DI AUTODICHIARAZIONE SUI SERVIZI SOCIO SANITARI FRUITI**

**DA COMPILARE SE L'AUTODICHIARAZIONE È PRESENTATA DAL BENEFICIARIO DELLA MISURA**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ /cell. \_\_\_\_\_  
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SE L'AUTODICHIARAZIONE È PRESENTATA DAL CAREGIVER**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ /cell. \_\_\_\_\_  
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
In qualità di:  
 Caregiver  
 Amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_)

In favore di: (cognome)_____ (nome)_____
Nato/a a _____prov _____ il ____/____/____
Residente nel Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____n. _____
C.A.P. _____tel. _____/cell. _____
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____prov. _____
Via/Piazza _____n. _____C.A.P. _____
Codice Fiscale _____

#### GIÀ BENEFICIARIO DEL

- Assegno di Cura** quale contributo economico finalizzato all'acquisto di prestazioni rese da personale qualificato scelto direttamente dall'assistito e dalla famiglia;
- Contributo di cura** quale contributo economico per l'assistenza *caregiver* (componente della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato).

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D. Lgs. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs. dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

#### IN OTTEMPERANZA A QUANTO PREVISTO DALLA DGR 897/2021

##### Dichiara:

di essere beneficiario di servizi e prestazioni sociali e sociosanitari di seguito indicati:

- Nessun Servizio
- Assistenza domiciliare fino a 12 ore settimanali
- Assistenza domiciliare tra le 13 e 18 ore settimanali
- Assistenza domiciliare tra le 19 e 24 ore settimanali
- Assistenza domiciliare tra le 25 e 30 ore settimanali
- Assistenza domiciliare maggiore di 30 ore settimanali
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 300,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 450,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 600,00
- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori o uguali a euro 750,00

- HCP o altri contributi economici finalizzati all'assistenza minori maggiori di euro 900,00
- 1 giorno di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 2 giorni di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 3 giorni di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 4 giorni di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- 5 giorni di frequenza settimanale in centro diurno o semiresidenziale
- Frequenza di un laboratorio fino a 2 giorni settimanali
- Frequenza di un laboratorio oltre i 3 giorni settimanali

### CHIEDE

Che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA PRIVACY**

Si informano i partecipanti al presente avviso che i propri dati verranno trattati nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, in esecuzione del D.lgs 163/2013 e s.m.i. in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

## **DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di aggiornamento del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

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

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

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_