

- dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE sociosanitario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- per CAREGIVER (allegare uno dei seguenti documenti):
 - autocertificazione (allegato sub 1a)/CUD per pensionati;
 - contratto di lavoro e/o busta paga per lavoratori part time;
 - attestazione centro per l'impiego per disoccupati o inoccupati;
- per ASSISTENTE PERSONALE e PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE:
 - copia del contratto di lavoro del personale badante;
- copia del conto corrente bancario (no libretto postale) dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario;

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione sociale e/o multidimensionale Comune/ASST ai sensi della DGR 7856/18, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;

2. documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda;

3. comunicare trimestralmente entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre al Comune di residenza:

- eventuale decesso;
- eventuale trasferimento;
- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
- ogni altro cambiamento;

4. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della dgr 7856 del 12/02/18 - **MISURA B1**";

5. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE):

6. presentare entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre al Comune di residenza la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____

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

Il sottoscritto _____ in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 7856 del 2018, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____