

All. n. 2  
Al Comune di residenza

**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 2020

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
cognome nome  
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. 51 del 01/03/2023 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 condizioni 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)  $\leq 10$ ;
- b. persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- 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;

COMUNE DI BOJANO  
Protocollo Arrivo N. 12728/2024 del 24-07-2024  
Allegato 3 - Copia Documento

- e. persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , 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)  $\leq 8$ ;
- 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			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali: \_\_\_\_\_;

4) di indicare e designare come *caregiver* il/la Sig/ Sig.ra \_\_\_\_\_;

**All'uopo richiede**

- contributo economico a favore del *care giver* 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 Riccia/Bojano, 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 Riccia/Bojano, 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;

COMUNE DI BOJANO  
 Protocollo Arrivo N. 12728/2024 del 24-07-2024  
 Allegato 3 - Copia Documento

c) di essere a conoscenza che l'ATS di Riccia/Bojano, 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 \_\_\_\_\_

postale IBAN \_\_\_\_\_

**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 *care giver*;
- copia del verbale della commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- 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, 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.
- copia dell'attestazione ISEE della persona con disabilità in corso di validità (ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).

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

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

COMUNE DI BOJANO  
Protocollo Arrivo N. 12728/2024 del 24-07-2024  
Allegato 3 - Copia Documento

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice della Privacy") e 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 l'ATS (Ambito Territoriale Sociale) di Riccia/Bojano – ente capofila Comune di Riccia, con sede in Via Zaburri, 3 (Tel. 0874/715075) – cap 86016.

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il DPO dell'Ente Capofila reperibile al tel: 0874 716998 e.mail: alberto.moffa@outlook.it.

### 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*" D.G.R. n. 51 del 01/03/2023 [BASE GIURIDICA: art.6 lett. e) del REG.UE 2016/679].

### 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) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS di Riccia/Bojano, in persona del Coordinatore Responsabile Dott.ssa Patrizia Pano all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS di Riccia/Bojano con sede in Via Zaburri, 3 Riccia (CB) - pec comune.ricciacb@legalmail.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

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

Firma \_\_\_\_\_