



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONEREGIONE
LAZIOAl Comune di OSPEDANO

Ufficio Servizi Sociali

MODELLO 2 – Dichiarazione**“Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer e loro familiari”**

Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità

Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura

DICHIARAZIONE di ACCESSO

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
Codice fiscale _____

in qualità di:

☐ beneficiario interventi Avviso Pubblico 02/11/2020;

oppure:

☐ familiare☐ tutore (Decreto Tribunale di _____ n. _____)☐ amministratore di sostegno (Decreto Tribunale di _____ n. _____)☐ altro (specificare: _____)

di beneficiario interventi Avviso Pubblico 03.08.2018:

(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale _____

**Per il rinnovo dell'istanza di accesso agli interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer,
di cui all'Avviso Pubblico 02/11/2020:**

DICHIARA QUANTO SEGUE (barrare la voce di pertinenza):

- ☐ Di voler confermare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza relativa al precedente Avviso pubblico 02/11/2020, aggiornando esclusivamente il Modello ISEE che si rimette in allegato;
- ☐ Di voler aggiornare quanto richiesto e dichiarato nell'istanza di cui al precedente Avviso pubblico 02/11/2020, relativamente ai seguenti aspetti (barrare/compilare le sole voci di pertinenza):

1. Condizione di salute - livello di gravità/stadiazione della patologia, come attestato dalla documentazione sanitaria allegata.

2. Modalità di erogazione del contributo:

diretto al Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

con accredito sul Conto Corrente

☐ Bancario

☐ Postale

(Codice IBAN 27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c/o Banca/ Ufficio Postale _____ Sede/Agenzia _____

3. stato di famiglia:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

4. altro (specificare) _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. 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.P.R. **dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico, relativo alla presente dichiarazione**, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissibilità richiesti.

Dichiara altresì:

- ☐ che il destinatario dell'intervento non è attualmente ricoverato a tempo indeterminato presso alcuna struttura socio-sanitaria o sanitaria di tipo residenziale;
- ☐ di impegnarsi a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone, in caso di ricovero presso qualsiasi Istituto di cura e/o riabilitazione o di ricovero di sollievo che superi i 30 giorni oppure in caso di decesso del beneficiario;
- ☐ di impegnarsi a produrre/aggiornare copia del contratto di regolare assunzione dell'operatore e rendicontazione trimestrale delle spese allo scopo sostenute;

- ☐ di fruire dei seguenti servizi/interventi sociali, di assistenza domiciliare (anche indiretta) erogati dal Comune di residenza e/o dal Distretto Sociale B di Frosinone:

- ☐ di fruire del progetto INPS HCP per le seguenti prestazioni: *(cancellare l'ipotesi che non ricorre)*
prevalenti / integrative / entrambe

ALLEGA

1. Attestazione ISEE in corso di validità e di regolarità;
2. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del richiedente il contributo;
3. Copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario del contributo;
4. _____
5. _____
6. _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, da svolgersi con la ASL di Frosinone, nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria fra i servizi territoriali. I dati potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti, oltre che alla ASL di Frosinone ed altri Enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda e in caso di preminente interesse pubblico, ma non saranno diffusi.

Il soggetto può esercitare il diritto di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che di opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di Piano del Distretto Sociale B di Frosinone.

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone, Capofila del Distretto Sociale B di Frosinone. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare, RUP del presente procedimento, Dott. Andrea Manchi.

I Comuni di residenza di ciascun richiedente il presente beneficio sono contitolari nel trattamento dei relativi dati, ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli *"Interventi in favore di soggetti affetti da Alzheimer"* Macroattività C - Interventi per favorire la domiciliarità Codifica C2_G5 Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari / Assegni di cura del Nomenclatore strutture, servizi e interventi sociali della Regione Lazio.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
