

**DOMANDA DI PROSECUZIONE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
Ai sensi della DGR XII/6320/2026, decreto 8176/2026 e decreto 10028/2026**

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) CAP _____

**CHIEDE
la continuità del progetto individuale in essere:**

- ☐ **Contributo caregiver familiare**
☐ **Contributo personale di assistenza regolarmente impiegato**
☐ **Misura Servizi (ex Interventi Integrativi Sociali)**

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. che NON sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione SI ☐
(se sì, saltare punto 2)

2. che sono intervenute variazioni rispetto alla precedente valutazione relative a: SI ☐

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario: _____

☐ modifiche dei bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi: _____

☐ sostituzione del caregiver familiare: _____

☐ del rapporto contrattuale con il personale di assistenza *(allegare nuova documentazione)*: _____

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)

- ☐ contatti per le comunicazioni:
nominativo _____
indirizzo e-mail _____ tel. _____
- ☐ dai relativi all'IBAN (compilare pag. 3)

CONFERMA

3. il mantenimento dei requisiti di accesso:

- ☐ invalidità civile al 100% - art. 3 comma 3 SI ☐
- ☐ beneficiario di indennità di accompagnamento o di frequenza SI ☐
- ☐ attestazione Isee 2026 socio sanitario o ordinario per i minori pari ad € _____ (da allegare)
- ☐ (soglia Isee massima: Socio-sanitario € 25.000,00 Ordinario per minori € 40.000,00)
- ☐ la frequenza part-time dell'unità d'offerta semi-residenziale socio-sanitaria o sociale;
- ☐ la frequenza full-time dell'unità d'offerta semi-residenziale socio-sanitaria o sociale;
- ☐ NON beneficiario di: SI ☐
- accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità); Misura B1; ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato; presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018; voucher supporto alla residenzialità del Dopo di Noi (ma compatibile con gli interventi integrativi sociali); Prestazione Universale di cui agli artt. 34- 36 del D.lgs 29/2024; Home Care Premium/INPS HCP.

4. il "sistema di assistenza/cura" descritto nel progetto individuale
(caregiver familiare/personale di assistenza regolarmente impiegato/...) SI ☐

5. il progetto attivo e sottoscritto SI ☐

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il

trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;

- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedentemente valutata
- ☐ carta d'identità in corso di validità

Luogo e data

Firma ¹

firma del dichiarante

firma dell'altro genitore in possesso della
responsabilità genitoriale

¹ Se domanda in favore di minore occorre la firma dei due genitori, ad esclusione dei casi di genitore unico o disposizioni dell'Autorità Giudiziaria

**COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)**

Da compilare allegare SOLO in caso di variazione rispetto alla precedente valutazione

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato (senza altri cointestatori)

☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente ad alto bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo molto elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

In caso di soggetto minorenne intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

[illegible]

ALLEGATO A

**PROGETTO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE
A FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GIÀ IN CARICO
ALLE MISURE SOSTEGNO E/O MISURE SERVIZI
ai sensi della DGR XII/6320/2026**

Tipologia utenza:

- ☐ persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale;
☐ persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già grave disabilità).

➤ **MISURA SOSTEGNI:**

☐ **Contributo per il sollievo al caregiver** di € 100,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal solo **caregiver familiare**.

Il caregiver familiare garantisce le seguenti **ore giornaliere di assistenza:** _____
per lo svolgimento della seguente assistenza:

- ☐ Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
☐ Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
☐ Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ...)
☐ Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ...)
☐ Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento)

☐ **Contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato**, fino ad un importo massimo di € 240,00 in caso anche in presenza di caregiver familiare. Il valore del buono verrà determinato in base al monte ore impiegato dal personale di assistenza.

2. indicare le ore, come da contratto _____, dell'assistente familiare:

- ☐ contratto da 10 a 19 ore sett.
☐ contratto da 20 a 39 ore sett.
☐ contratto ≥ 40 ore sett.
☐ altro.....

➤ **MISURA SERVIZI:**

TIPOLOGIA DI INTERVENTI	☐ SUPPORTO E SOLLIEVO AI CAREGIVER FAMILIARI Per un importo massimo di € _____ così suddiviso: - n° ore totali dal al Ente gestore accreditato o in convezione _____ codice CUDES _____ erogate dalle seguenti figure professionali: ☐ OSS / ASA ☐ ALTRO specificare _____ INTERVENTI PREVISTI: _____
	☐ BENESSERE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DI VITA DELLA PERSONA CON DISABILITA' E ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE Per un importo mensile di € _____ così suddiviso: - n° ore totali dal al erogate dalle seguenti figure professionali: educatore _____ Ente gestore accreditato o in convezione _____ codice CUDES _____ INTERVENTI PREVISTI: _____

MONITORAGGIO	SERVIZIO ATTIVATO IN DATA _____ se non ATTIVATO specificare il perché _____				
	CONTROLLO EFFETTUATO DALL'ASSISTENTE SOCIALE SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI E SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI				
	DATA				
	SI STANNO RAGGIUNGENDO GLI OBIETTIVI	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
	VERIFICA DELL'ATTIVITA' SVOLTA	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
	VERIFICA RENDICONTAZIONE (quando prevista)	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
CHIUSURA / RINNOVO PROGETTO	DATA FINE PROGETTO _____ OBIETTIVI RAGGIUNTI ☐ SI ☐ NO				
	CONTROLLO RENDICONTAZIONE (quando prevista) ☐ OK ☐ Richiesta integrazione				
	IMPORTO LIQUIDATO _____ RESIDUI _____				
	OPPURE				
	VERIFICA DELLA PERMANENZA REQUISITI VOLTI A GARANTIRE LA CONTINUITA' PER IMPORTO DI _____ DAL _____ AL _____				
	FIRMA ASSISTENTE SOCIALE _____ DATA _____				

Il/la sig./sig.ra _____ nato/a _____ e residente
a _____ in via _____

DICHIARA

- Il richiedente si impegna a segnalare al Servizio Sociale Comunale, dopo la presentazione della domanda, ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto al beneficio.
- il richiedente dichiara di essere a conoscenza che il Servizio Sociale comunale e/o l'Ufficio di Piano distrettuale effettueranno puntuali controlli sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate adottando, nel caso di accertata non veridicità, i provvedimenti conseguenti, a norma di legge (DPR 445/2000).

Luogo,.....

Data.....

PERSONE COINVOLTE

firma del paziente/familiare

.....

firma dell'A.S. del Comune di residenza

.....

firma dell'Ente gestore

.....