

DOMANDA PER CONTRIBUTO DISABILITA' GRAVISSIMA
(deliberazione della Giunta Regionale 18 aprile 2016, n. 342)

In caso di richiesta da parte del diretto interessato

QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome/Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____
Via/P.za _____ n. _____
CAP _____ Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
Stato civile ¹ _____ Cittadinanza ² _____

In caso di presentazione da parte di altro soggetto

QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA

Cognome/Nome _____
in qualità di ³ _____ del sotto indicato beneficiario:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

Cognome/Nome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
e residente in _____
Via/P.za _____ n. _____
CAP _____ Tel. _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____
Stato civile ¹ _____ Cittadinanza ² _____

¹ Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

² Italiana/Comunitaria/Extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno n.....
rilasciata alla Questura di con scadenza il..... o in corso di rinnovo
con ricevuta di presentazione in data..... /rifugiato politico (indicare l'ente che ha
rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

³ Genitore (se il beneficiario è un minore), amministratore di sostegno o tutore.

Vista la deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329, di approvazione delle "Linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per la non autosufficienza per la disabilità gravissime".

Visto l'Avviso per la presentazione delle domande di contributo economico a favore di persone con disabilità gravissime di cui alla deliberazione della Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze n. _____.

Consapevole che l'erogazione del contributo economico avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della domande valutate positivamente dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e della possibilità di copertura finanziaria, con predisposizione di una lista di attesa in caso di risorse insufficienti.

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo economico previsto dalla suddetta deliberazione della Giunta Regionale per le persone in condizione di disabilità gravissima, così come determinato in base alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

A tale scopo, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

1. di essere residente in Toscana almeno dal 1° gennaio dell'anno precedente a quello di presentazione della presente domanda;
2. di essere stato riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di *handicap* in data ___ / _____ / _____ con verbale n. _____ rilasciato da _____ come persona con *handicap* in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
3. di avere un ISEE per le prestazioni di natura sociosanitaria, calcolato secondo le modalità previste dall'art. 6 del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, così come modificato dalla legge 26 maggio 2016, n. 89, di importo pari a € _____,___, così come risultante dall'attestazione rilasciata dall'INPS in esito alla Dichiarazione Sostitutiva Unica n. _____ presentata il ___ / ___ / ___ e in corso di validità
ovvero
di aver rilasciato in data ___ / ___ / ___ all'INPS, a un CAF o ad altro intermediario autorizzato la Dichiarazione Sostitutiva Unica e di essere in attesa della relativa attestazione ISEE;
4. di non essere beneficiario di altri contributi economici erogati da enti pubblici ai fini della permanenza a domicilio ovvero di essere disponibile a rinunciarvi nel caso di erogazione del presente contributo;
5. di essere a conoscenza che, ai fini della valutazione della presente domanda da parte

dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), sarà predisposta apposita relazione sociale da parte del competente servizio sociale territoriale;

6. di essere pienamente autonomo (direttamente o per il tramite di familiari) nell'individuazione degli assistenti personali con i quali sarà contratto un regolare rapporto di lavoro.

DICHIARA INOLTRE

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

COMUNICA

1. che il proprio Medico di Medicina Generale è:
dott. _____
2. che il proprio Medico specialista di riferimento per la gravissima disabilità è:
dott. _____

COMUNICA INOLTRE

(da compilare solo se i dati sono diversi da quelli relativi al dichiarante)

che le comunicazioni relative al procedimento in oggetto dovranno essere effettuate a:

_____ in qualità di _____

Via/P.za _____ tel. _____

e-mail _____

ALLEGA

documentazione sanitaria specialistica aggiornata e adeguata ai fini della valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

SOTTOSCRIZIONE

QUADRO B - Dati da indicare in caso di dichiarazione sottoscritta da un amministratore di sostegno o da un tutore:

Cognome/Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

e residente in _____

Via/P.za _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Estremi del provvedimento nomina dell'amministratore di sostegno (citare data, numero, soggetto che ha emesso l'atto): _____

QUADRO C - Dichiarazione resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante⁴

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la
dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____

Data _____ **Firma** _____

⁴ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'identità di chi sottoscrive per impedimento

QUADRO D - Impedimento a scrivere e/o sottoscrivere⁵

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal **Pubblico Ufficiale** previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto _____ (Pubblico Ufficiale) riceve la
dichiarazione del Sig./Sig.ra

(Cognome/Nome) _____

della cui identità si è accertato tramite il seguente documento _____

Data _____

Il Pubblico Ufficiale (timbro e firma per esteso)

Firma _____

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

QUADRO E - Presentazione diretta allo sportello

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) previa esibizione del seguente documento di identità: _____

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data _____ Firma _____

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

QUADRO F - Invio per posta raccomandata A/R o tramite altra persona

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

⁵ Spazio riservato al Pubblico Ufficiale che accerta l'impedimento a sottoscrivere da parte dell'interessato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti della Società della Salute di Firenze nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti;*
- il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali;*
- il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione;*
- agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare;*
- la Società della Salute di Firenze è il Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali;*
- il Responsabile del trattamento è il Direttore della Società della Salute di Firenze;*
- il personale del PUA (Punto Unico di accesso) e dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.*