

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

Oggetto: Domanda di accesso alla Misura Sostegno e alla Misura Servizi Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze – Programmazione 2025-2027 (operatività 2026/2027) – D.G.R. n. XII/6320 del 15/06/2026

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Residente in
via/piazza _____ n. _____ Comune di
_____ C.A.P. _____ Prov. _____ Codice Fiscale
_____ Recapito telefonico _____

In qualità di

☐ Diretto interessato

Oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando con i dati della persona con disabilità)

- ☐ Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno (provvedimento di nomina _____)
- ☐ Genitore (solo in caso di minore)
- ☐ Parente, (indicare grado di parentela _____)

del/la Sig./Sig.ra in condizione di grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ indirizzo _____
n° _____ CAP _____ Telefono _____

DICHIARA che la persona attualmente:

1. È INSERITA in un'Unità d'Offerta semiresidenziale sanitaria, ☐ NO ☐ SI
socio-sanitaria o sociale (es. CDD, CDI, CSE, ecc.).

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

2. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- Servizi Assistenza Domiciliare (SAD, SAFD, ADE) ☐ NO ☐ SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ☐ NO ☐ SI
- Misura RSA APERTA (ex DGR 7769/2018) ☐ NO ☐ SI

Eventuale data di dimissione _____

- Sostegni DOPO DI NOI ☐ NO ☐ SI
- Infermiere di Famiglia e Comunità ☐ NO ☐ SI
- Misura bonus per assistente familiare (ex L.R. 15/2015) ☐ NO ☐ SI
- Tirocini per l'Inclusione Sociale (TIS) ☐ NO ☐ SI

Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

- Misura Home Care Premium/INPS ☐ NO ☐ SI
- Ex Misura B1 (DGR n. XII/6320 del 15/06/2026) ☐ NO ☐ SI

Eventuale data di dimissione _____

- Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.Lgs 29/2024 ☐ NO ☐ SI
- Altri contributi economici/misure di sostegno ☐ NO ☐ SI

Se SI, specificare _____

3. È INSERITA in Servizio educativo/scolastico (es. STA, frequenza scolastica) ☐ NO ☐ SI

- Se SI, per un totale di ore settimanale di _____

Informazioni sanitarie

Percentuale di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento e/o frequenza: ☐ NO ☐ SI

Certificazione handicap grave art. 3, comma 3, L. 104/92: ☐ NO ☐ SI

SISTEMA DI ASSISTENZA E CURA

Caregiver: Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ indirizzo _____ n° _____

CAP _____ Telefono _____

- Grado di parentela _____
- Essere stabilmente impegnato nell'assistenza del beneficiario ☐ NO ☐ SI
- N. ore di assistenza giornaliera garantite dal caregiver _____
- Convivenza con la persona assistita ☐ NO ☐ SI
- Fruizione della Legge 104/92 ☐ NO ☐ SI
- Tipologia di fragilità della persona assistita (indicare una delle opzioni):

- ☐ cronicità
 - ☐ demenza/alzheimer
 - ☐ disabilità acquisita
 - ☐ disabilità congenita
 - ☐ disagio psichico
 - ☐ oncologia
 - ☐ senilità
 - ☐ altro (specificare)
- Possesso di invalidità al 100% ☐ NO ☐ SI
 - Bisogni espressi dal caregiver (indicare una o più opzioni):
 - ☐ attivazione servizi
 - ☐ attivazione posizione previdenziale
 - ☐ sollievo dal lavoro di cura
 - ☐ evitare isolamento sociale
 - ☐ orientamento nei servizi
 - ☐ ricevere formazione personalizzata
 - ☐ sostegno economico
 - ☐ sostegno psicologico
 - ☐ sostegno sociale)

Assistente Personale (se presente): Cognome _____ Nome _____
 _____ Nato/a a _____ il _____ Codice
 Fiscale _____ residente a _____ indirizzo
 _____ n° _____ CAP _____ Telefono _____
 Monte ore settimanali da contratto _____

EVENTUALE STRUMENTO/INTERVENTO DI INTERESSE

La selezione seguente esprime l'interesse della persona e non costituisce richiesta vincolante di assegnazione: l'eventuale strumento/intervento sarà definito all'esito del percorso di valutazione e nel progetto personalizzato.

- ☐ Misura Sostegno – contributo per caregiver familiare
- ☐ Misura Sostegno – contributo per personale di assistenza regolarmente impiegato
- ☐ Misura Sostegno – assegno di autonomia / progetto di vita indipendente
- ☐ Misura Servizi – interventi socioassistenziali domiciliari per persone anziane per un monte ore complessivo di _____ ore settimanali.
- ☐ Misura Servizi – interventi di sollievo temporaneo in struttura residenziale per persone anziane

- ☐ Misura Servizi – interventi socioeducativi per persone con disabilità per un monte ore complessivo di _____ ore settimanali.

DICHIARA inoltre

1. di aver preso visione del bando relativo alla Misura Sostegno e alla Misura Servizi FNA 2025-2027 e di conoscere le condizioni di accesso ivi previste;
2. di essere consapevole che la presentazione della domanda non comporta l'assegnazione automatica di una prestazione, di un contributo o di un voucher;
3. di essere consapevole che l'accesso agli interventi è subordinato alla verifica dei requisiti, all'esito del percorso di assesment e, ove previsto, della valutazione multidimensionale, alla definizione del progetto personalizzato e alla disponibilità delle risorse;
4. di impegnarsi a collaborare al percorso di valutazione, fornendo le informazioni e la documentazione necessarie e partecipando, ove richiesto, agli incontri con i servizi;
di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio Sociale del Comune e/o all'Ambito eventuali variazioni rilevanti della situazione personale, familiare, assistenziale, economica o di residenza, nonché l'attivazione di altri interventi o misure che possano incidere sull'accesso o sulla compatibilità;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali ricoveri, trasferimenti, decesso della persona beneficiaria o altre circostanze che comportino la sospensione o la cessazione degli interventi;
6. di essere consapevole che l'Ambito può effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi della normativa vigente e che le dichiarazioni non veritiere possono comportare le conseguenze previste dalla legge, nonché la revoca degli eventuali benefici indebitamente riconosciuti;
7. di essere consapevole che eventuali interventi finanziati dovranno essere utilizzati secondo quanto previsto dal progetto personalizzato e dalla disciplina del bando.
8. di autorizzare il Comune di residenza e l'Ambito Territoriale Sociale Valle Seriana Superiore e Valle di Scalve al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta.

Luogo e data

Il dichiarante

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali a norma del Regolamento UE 679/2016 e del Codice della Privacy italiano, come da ultimo modificato dal d.lgs. 101/2018

Questa amministrazione, esclusivamente per finalità istituzionali e per obbligo di legge e regolamento esegue svariati trattamenti di dati personali.

La titolarità di questi trattamenti è dell'Amministrazione Comunale. Ogni singolo trattamento sarà eseguito sotto la responsabilità diretta di soggetti, a ciò appositamente designati a mente dell'art. 2 quaterdecies del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018.

Questa amministrazione ha nominato Responsabile Comunale della Protezione dei Dati Personali, a cui gli interessati possono rivolgersi per tutte le questioni relative al trattamento dei loro dati personali e all'esercizio dei loro diritti derivanti dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di protezione dei dati personali:

Contatti: Benzoni Giacomo 3314306559 dpo-clusone@studio-sis.it

I dati sono trattati in modalità cartacea, quando sono raccolti in schedari debitamente custoditi, o Informatica, mediante memorizzazione in un apposito data-base, gestito con apposite procedure informatiche. In entrambi i casi l'accesso è riservato al solo personale appositamente designato del trattamento.

La raccolta di questi dati personali è per questa Amministrazione Comunale obbligatoria, in quanto trattasi di un trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri a mente dell'art. 2-ter del Codice della Privacy italiano, come integrato dal D.lgs. 101/2018. Un eventuale rifiuto al conferimento volontario dell'interessato determina l'obbligo dell'acquisizione d'ufficio del dato.

I dati raccolti non possono essere ceduti, diffusi o comunicati a terzi, che non siano a loro volta una Pubblica Amministrazione, salvo le norme speciali in materia di certificazione ed accesso documentale o generalizzato. Per ogni comunicazione del dato a terzo che non sia oggetto di certificazione obbligatoria per legge o che non avvenga per finalità istituzionali nell'obbligatorio scambio di dati tra PA, l'interessato ha diritto a ricevere una notifica dell'istanza di accesso da parte di terzi e in merito alla stessa di controdedurre la sua eventuale contrarietà al trattamento.

Rispetto alla eventuale raccolta e all'archiviazione di dati personali appartenenti a particolari categorie (già definiti come "sensibili") o dati genetici e biometrici o dati relativi a condanne penali e reati (art. 9 e 10 del Reg.UE), dette operazioni saranno eseguite solo con la più stretta osservanza delle norme di riferimento.

A seguito della consultazione del sito istituzionale di questa amministrazione è possibile che avvenga la raccolta automatica di dati personali, ma mai questi dati potranno servire all'identificazione dei cittadini, senza il loro previo consenso espresso. Detti trattamenti automatizzati per mezzo dell'utilizzo del sito web istituzionale sono impliciti nell'uso dei protocolli di comunicazione di Internet.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

☐ **esprimo il consenso** ☐ **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

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

Luogo, li _____

Firma

Allegati:

- ☐ Carta d'identità e codice fiscale del beneficiario e del suo rappresentante legale (se nominato) in corso di validità;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Verbale di invalidità e/o Legge 104/92;
- ☐ Contratto di lavoro Assistente Personale *(solo per il Contributo per il personale di assistenza regolarmente impiegato e Contributo Assegno di autonomia)*;

- ☐ Documentazione che attesti gli estremi del conto corrente bancario/postale del beneficiario (Codice IBAN) *(solo per la misura sostegno e Interventi di sollievo presso strutture residenziali)*;
- ☐ Giustificativi di spesa (fattura e bonifico quietanzato) relativi al periodo di sollievo presso struttura residenziale (solo *Interventi di sollievo presso strutture residenziali*);
- ☐ Modulo per la comunicazione della modalità di versamento (Allegato A), *solo per la misura sostegno e Interventi di sollievo presso strutture residenziali*. Si allega (Allegato B) modulo di autorizzazione versamento misura sostegno e interventi di sollievo presso strutture residenziali per l'accredito qualora il beneficiario e/o il caregiver non risultassero nell'intestazione del conto corrente su cui viene chiesto il versamento;
- ☐ Scheda di assessment a cura dell'Assistente Sociale del Comune di residenza.

Luogo e data

Il dichiarante

Allegato A

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

**MODALITÀ DI VERSAMENTO MISURA SOSTEGNO E INTERVENTI DI SOLLIEVO
PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI**

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

DICHIARA

che gli estremi del conto corrente bancario/postale per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto dalla Misura Sostegno e per Interventi di sollievo presso strutture residenziali, sono:

- Intestatari del conto: _____
- IBAN: _____
- Istituto Bancario _____
- Filiale di _____

N.B.: fra gli intestatari del conto devono risultare il/la beneficiario/a degli interventi e/o la persona indicata nel modulo di domanda come caregiver. In caso contrario non andrà compilato questo modulo, ma l'allegato B

Data _____

Il dichiarante

Spett.le
Ufficio Servizi Sociali d'Ambito
Via Somvico, 2
24023 Clusone (BG)

**AUTORIZZAZIONE VERSAMENTO MISURA SOSTEGNO E INTERVENTI DI
SOLLIEVO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI**

Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ indirizzo _____ n° _____
CAP _____ Telefono _____

AUTORIZZA

il versamento di quanto eventualmente riconosciuto dalla Misura Sostegno e per Interventi di sollievo presso strutture residenziali, sul seguente conto corrente bancario/postale:

- Intestatari del conto: _____
- Codice fiscale: _____
- Luogo e data di nascita: _____
- Indirizzo e Comune di residenza: _____
- IBAN: _____
- Istituto Bancario _____
- Filiale di _____

Data _____

Il dichiarante

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del delegato.