



CITTÀ DI CLUSONE
Provincia di Bergamo

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE VALLE SERIANA
SUPERIORE E VALLE DI SCALVE**



BANDO PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE DOPO DI NOI

Modello A
(per persone fisiche)

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 _____

CHIEDE

di poter **rinnovare il progetto "Dopo di Noi"** presentato con i precedenti Avvisi pubblici e con obiettivi ancora in fase di acquisizione;



CITTÀ DI CLUSONE
Provincia di Bergamo

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE VALLE SERIANA
SUPERIORE E VALLE DI SCALVE**



OPPURE

- di poter attivare un progetto individuale relativo ad **interventi gestionali** previsti nel Dopo di Noi:
- Percorsi di accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione);
 - Interventi di supporto alla residenzialità in soluzioni alloggiative.
Segnalo l'eventuale disponibilità:
 - ad accogliere altre persone con disabilità grave in un appartamento di mia proprietà da destinare ad alloggio per il Dopo di Noi;*
 - a costruire con più persone con disabilità grave interessate un progetto di vita indipendente presso un'unica abitazione;*
 - Ricoveri di sollievo (interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare);

- di poter attivare un progetto individuale relativo ad **interventi infrastrutturali** previsti nel Dopo di Noi:
- Sostegno spese per adeguamento dell'ambiente domestico, per riadattamento degli alloggi e messa a norma degli impianti.
Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che gli immobili/unità abitative oggetto degli interventi di cui al presente atto non possono essere distolti dalla destinazione per cui è stato presentato il progetto né alienati per un periodo di almeno 10 anni dalla data di assegnazione del contributo.
 - Sostegno del canone di locazione/spese condominiali.

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) NO SI
Se SI, per un totale di ore settimanale di _____
 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) NO SI
 - Misura RSA APERTA (ex DGR 7769/2018 e ss. mm.ii.) NO SI
Eventuale data di dimissione _____
 - 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
 - Misura B1 (ex DGR n. XI/4138/2020 e ss.mm.ii.) NO SI
- Eventuale data di dimissione _____
- 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 _____

Nucleo familiare convivente

Parentela	Nome e cognome	Codice fiscale	Occupazione

Consapevole delle sanzioni penali previste all'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara di essere in possesso dei requisiti soggettivi di ammissibilità a tal fine dichiara di essere in possesso dei requisiti richiesti dal Bando in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Dichiara altresì di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- persona con disabilità grave, mancante di entrambi i genitori;
- persona con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantirgli/le nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario;
- persona con disabilità grave, inserita in struttura residenziale dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'articolo 3, comma 4 DM 23/11/2016;
- persona con disabilità grave in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale, per le quali è comunque emersa la necessità di esigenze abitative extra-familiari e l'idoneità per gli interventi di cui alla Legge n. 112/2016.

Si allegano:



CITTÀ DI CLUSONE
Provincia di Bergamo

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE VALLE SERIANA
SUPERIORE E VALLE DI SCALVE**



- Copia documento di identità in corso di validità del beneficiario;
- Copia documento di identità in corso di validità del richiedente (se non coincidente con il beneficiario);
- Eventuale Decreto nomina tutore/curatore/Amministratore di Sostegno;
- Codice fiscale del beneficiario;
- Certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92;
- Certificazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
- Scala di valutazione Sociale, ADL, IADL;
- Relazione sociale redatta dall'Assistente Sociale dalla quale si evinca il contesto di vita della persona, gli eventuali servizi cui la persona afferisce, il quadro delle risorse economiche pubbliche e private investite a sostegno della persona al momento della presentazione della domanda e la proposta progettuale.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato alla redazione di un progetto individuale predisposto da équipe multidimensionale composta da operatori di ASST/Ambito/Comune di residenza e condiviso e sottoscritto dal beneficiario o da chi lo rappresenta; a tal fine, dichiara inoltre fin d'ora, piena collaborazione con gli operatori sociali/socio-sanitari che saranno incaricati di approfondire la situazione.

Luogo e data

Firma



CITTÀ DI CLUSONE
Provincia di Bergamo

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE VALLE SERIANA
SUPERIORE E VALLE DI SCALVE**



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.

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

dopo aver letto la su estesa informativa:

- dà il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e allega copia del proprio documento di identità
- nega il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali chiedendone la cancellazione dai vostri archivi.

Data ____/____/____

Firma _____