

Direzione dei Servizi Sociosanitari
Servizio sociale dei Comuni
dell'ambito territoriale
"Collinare"



Al Servizio sociale dei Comuni
dell'ambito territoriale "Collinare"

viale Trento e Trieste n. 33
33038 San Daniele del Friuli (UD)

Pec: asufc@certsanita.fvg.it

RICHIESTA DI VALUTAZIONE AI FINI DELL'ACCESSO AL BENEFICIO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CAREGIVER FAMILIARE (D.P.R. 089/2024 BUR n. 30 del 24 LUGLIO 2024 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a
 nato/a a (Provincia/Stato) il
 residente nel Comune di domiciliato a
 in via/piazza n.
 tel. cell.
 e-mail PEC

eventuale altro recapito
 codice fiscale

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

in qualità di

- coniuge
- altra parte dell'unione civile
- convivente di fatto
- familiare o affine entro il secondo grado (specificare)
- familiare entro il terzo grado (nei soli casi indicati dall'art. 33 della 104/92¹)(specificare)

caregiver familiare di

Cognome e nome
 nato/a (Provincia/Stato)
 il
 residente nel Comune di domiciliato a
 in via/piazza n.

¹ "Qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti"

tel. cell.
 e-mail PEC
 eventuale altro recapito
 codice fiscale

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

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che qualora emerga, ai sensi dell'articolo 75 del citato D.P.R., la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione, decadrà o farà decadere la persona rappresentata dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato,

DICHIARA QUANTO SEGUE

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

CHE LA PERSONA ASSISTITA (barrare)

- è residente nel Comune di
- è in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- ha in atto un programma di deistituzionalizzazione (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita) – allega documentazione;
- è stata riconosciuta invalida ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 104/1992 – allega documentazione;
- è titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18 – allega documentazione.

E CHE IL SOTTOSCRITTO (barrare)

- è residente in Friuli - Venezia Giulia
- non ha presentato analoga domanda di accesso al presente Fondo per altri assistiti
- non ha già fruito del beneficio per il **“sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare”**
- ha presentato la D.S.U. ai fini dell'I.S.E.E. in data

CHIEDE AL SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI

Che la propria situazione venga valutata al fine dell'ottenimento del beneficio per il **“sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare”** e della relativa progettazione personalizzata;

INFORMAZIONI IN MERITO AL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

La presente domanda dà avvio ad un procedimento amministrativo il cui esito consisterà nell'invio di una comunicazione di accoglimento o di respingimento motivato della richiesta presentata.

Luogo e data

Firma del caregiver.....

Il/La signor/a
nato/a a (Provincia/Stato) il
residente nel Comune di domiciliato a

in qualità di **persona assistita/legale rappresentante della persona assistita** è **consenziente** nei confronti del lavoro di cura e assistenza fornite dal caregiver familiare individuato.

Firma

> **DOCUMENTI ALLEGATI** (barrare)

- Fotocopia non autenticata della carta d'identità del richiedente e dell'assistito (solo se la domanda NON è sottoscritta digitalmente);
- Eventuali documenti che attestino la rappresentanza legale;
- Eventuale documentazione attestante la condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre 2016;
- Eventuale documentazione attestante un programma di deistituzionalizzazione dalla struttura residenziale (ricongiungimento del caregiver con la persona assistita);
- Eventuale copia del verbale di invalidità civile attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (L. 18/1980) e/o del verbale di accertamento dello stato di disabilità (L. 104/1992 art. 3 comma 3);
- Altri eventuali documenti: _____ .

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati
del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa del 27 aprile 2016, n. 679 (GDPR)

e ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196
"Codice in materia di protezione dei dati personali",
come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente nel Comune di

in via/piazza

in qualità di

- diretto interessato
oppure di
 esercente la responsabilità genitoriale
 tutore
 curatore
 amministratore di sostegno

Di

nome e cognome	<input type="text"/>
----------------	----------------------

nato a	<input type="text"/>
--------	----------------------

residente nel Comune di	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

in via/piazza	<input type="text"/>
---------------	----------------------

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali fornitagli/le e conseguentemente

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e/o di suo/a figlio/a e/o della persona di cui è rappresentante legale (nome e cognome) necessari all'attività di approfondimento valutativo da parte dei servizi, alla predisposizione di un progetto personalizzato a favore di se stesso e/o di suo/a figlio/a/ e/o della persona di cui è il rappresentante legale e/o all'ottenimento di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o all'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

Inoltre, autorizzo gli operatori a poter effettuare contatti e incontri con soggetti diversi che si rendessero necessari nell'espletamento delle proprie funzioni.

Località e data

Firma Leggibile

.....

.....

Documento di identità n. _____ rilasciato il _____ da _____

Spazio riservato all'ufficio in caso di consenso manifestato oralmente

Il/La sottoscritto/a, in qualità di, dichiara di aver consegnato il modulo avente ad oggetto l'informativa per il trattamento dei dati personali e di aver ricevuto la manifestazione orale di consenso al trattamento da parte di (*indicare nome e cognome*), nato a, il, identificato previa esibizione di (*indicare gli estremi del documento di riconoscimento*).

Località e data Firma leggibile

Località e data Firma

Documento di identità n. _____ rilasciato il _____ da _____