

AL COMUNE DI _____

Programma Operativo Regionale per la non autosufficienza triennio 2025/2027

DOMANDA DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

ai sensi della DGR XII/6320/2026

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____/____/____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/p.zza _____ n° _____

domiciliato a (solo se diverso da residenza) _____ prov. (____)

cap _____ in via/p.zza _____ n° _____

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 i dati della persona con disabilità gravissima)

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

- ☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

- in modo congiunto

☐ altro (specificare)

del/la Sig./Sig.ra:

Cognome	Nome
---------	------

nato/a a _____ prov. (_____) il _____ / _____ / _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/p.zza _____ n° _____

domiciliato a (solo se diverso da residenza) _____ prov. ()

cap _____ in via/p.zza _____ n° _____

CHIEDE
la valutazione multidimensionale

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

che la persona per la quale si richiede la valutazione

1. è **residente** in uno dei 14 Comuni dell'ambito (dalla data di presentazione della domanda)
Comune di: _____
2. (Barrare i requisiti di cui si è in possesso)
 - ☐ di avere diritto all'indennità di accompagnamento
 - ☐ di essere stato riconosciuto "Disabile Grave" ai sensi dell'art. 3 c. 3 della Legge 104/92
 - ☐ di essere in possesso del certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024
3. si trova al momento della presentazione della domanda **al domicilio**

LA TIPOLOGIA DI INTERVENTO PER CUI SI CHIEDE LA MISURA E' IL SEGUENTE:

MISURA SERVIZI- ASSISTENZA DIRETTA

Interventi sociali integrativi

- ☐ **Supporto e sollievo ai caregiver familiari** (allegare Modulo 2)
- ☐ **Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente** (allegare Modulo 2)

Inoltre, essendo a conoscenza dei criteri e dei benefici previsti dalla DGR sopra richiamata e delle incompatibilità di questi con la fruizione di alcuni servizi ed interventi del complessivo sistema d'offerta

DICHIARA

che la persona richiedente

(barrare SI in caso di fruizione del servizio indicato)

4. è inserita in una **Unità d'offerta residenziale** socio-sanitaria o sociale ☐ SI ☐ NO
(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)
5. è inserita in una **Unità d'offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale ☐ SI ☐ NO
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)

Se Sì per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura)

6. **misura RSA APERTA** ☐ SI ☐ NO
specificare Unità di Offerta _____
7. **Sostegni Dopo di Noi** ☐ SI ☐ NO
specificare la tipologia di sostegno _____
8. **Progetti vita indipendente** ☐ SI ☐ NO
specificare con quale tipo di misura _____
9. **Misura Bonus per assistente familiare** (ex L.R. 15/2015 e s.m.i.) ☐ SI ☐ NO
10. **Misura Home Care Premium/INPS** ☐ SI ☐ NO
11. **Prestazione universale a favore delle persone anziane non autosufficienti** (artt.34-36 D.Lgs29/2024) ☐ SI ☐ NO
12. **Altri contributi economici/misure di sostegno** ☐ SI ☐ NO
specificare _____
13. **Altri servizi** ☐ SI ☐ NO
specificare _____

14. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere **documentazione integrativa** e **l'accesso domiciliare da parte di personale della ASST o del Comune di residenza**;
15. è a conoscenza che l'ATS, l'ASST e il Comune, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno procedere a **idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni** rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;
- 16. si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualsiasi variazione che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione delle condizioni di cui sopra (es. variazione clinica, trasferimento temporaneo o definitivo rispetto al luogo di residenza e/o domicilio, assunzione/licenziamento personale di assistenza/modifica del contratto);**
17. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o mancata presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione **ALLEGA**, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
18. di esprimere 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**
 - **socio sanitario (per adulti e anziani)**
 - **ordinario (per minori)**

- ☐ **copia del verbale di invalidità da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (se in possesso) ovvero della certificazione della condizione di non autosufficienza ai sensi del D.P.C.M. n. 159/2013, Allegato 3 (le persone di cui alla condizione a) e d) possono accedere in attesa del verbale di accertamento della invalidità civile) o Certificazione della condizione di gravità legge 104/1992 o Certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024**

- ☐ **copia del documento d'identità in corso di validità dell'interessato e del dichiarante (se diverso dall'interessato)**
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)

- ☐ eventuale titolo di soggiorno in corso di validità;

COMUNICA

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente **NO LIBRETTI POSTALI**

(barrare e completare l'opzione di interesse)

Y <u>Opzione A:</u> che la persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato di cui alla presente istanza <u>è MINORENNE</u>	Y <u>Opzione B:</u> che la persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale e persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato di cui all'istanza <u>MAGGIORENNE</u>
che gli estremi del <u>conto corrente</u> per la liquidazione del contributo tramite bonifico sono le seguenti: Istituto _____ Agenzia _____ Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri): _____	che gli estremi del <u>conto corrente</u> per la liquidazione del contributo tramite bonifico sono le seguenti: Istituto _____ Agenzia _____ Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri): _____
Nel contempo DICHIARA che il conto corrente sopra comunicato (<i>barrare e completare l'opzione di interesse</i>): Y è <u>intestato/cointestato al minore</u> di cui all'istanza e al seguente Genitore: Cognome e nome _____ Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente _____ Y <u>non è cointestato al minore</u> di cui all'istanza, bensì <u>intestato al Genitore</u>: Cognome e nome _____ Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente _____ ed <u>eventualmente cointestato al Genitore</u>: Cognome e nome _____ Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente _____	Nel contempo DICHIARA che il conto corrente sopra comunicato (<i>barrare/completare l'opzione di interesse</i>): Y è <u>intestato in via esclusiva</u> alla persona maggiorenne di cui all'istanza Y è <u>intestato alla persona maggiorenne</u> di cui all'istanza e <u>cointestato</u> a: Cognome e nome _____ Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente _____
Data ____/____/____ Firma Genitore dichiarante_____	Data ____/____/____ Firma del dichiarante _____

Infine

CHIEDE

che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____ Nome _____

via/p.zza _____ n° _____

Comune _____ Prov. (____) CAP _____

telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

pec _____

Luogo e data

Firma

Modello IMPEDIMENTO ALLA FIRMA

(solo per beneficiari maggiorenni e se necessario)

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 art.4, comma 2

La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, previo accertamento dell'identità del dichiarante

Spazio riservato a chi rende la dichiarazione ai sensi dell' art. 4 D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato) _____

prov (____) il ____/____/____

Residente a _____ prov.(____) via/p.zza _____ n__ in
qualità di _____ (coniuge o, in sua assenza, figlio o, in mancanza di questi,
altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del Sig./ra

Nato/a a (comune di nascita; se nato/a all'estero, specificare lo Stato) _____

prov (____) il ____/____/____

Residente a _____ prov.(____) via/p.zza _____ n_____

Attesta l'impedimento del Sig./ra _____ dovuto
al suo stato di salute a redigere e sottoscrivere la presente domanda consapevole delle sanzioni previste
dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale o incaricato di pubblico servizio

Attesto ai sensi dell'art.30 del D.P.R. 445/2000, che il Sig./ra _____
ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Luogo e data

Il Pubblico Ufficiale/incaricato di pubblico servizio

(nome e cognome e qualifica)