



MODULO DI RICHIESTA DI RICOVERI DI PRONTO INTERVENTO/SOLLIEVO

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

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ E-mail _____

in qualità di (barrare):

- ☐ tutore
- ☐ curatore
- ☐ amministratore di sostegno
- ☐ familiare
- ☐ altro (specificare)

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente):

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Tel. _____

CHIEDE

Interventi di Pronto intervento/sollievo/respita care (Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extra-familiare)

A tal fine dichiaro che la situazione di emergenza si è verificata a seguito di _____ e di essere disponibile all'esperienza di

permanenza in accoglienza temporanea presso la struttura di residenzialità _____

DICHIARA

che il sig./la sig.ra _____ (beneficiario):

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



- è MAGGIORENNE

- non usufruisce di altre misure, ovvero usufruisce di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto

- di avere un ISEE SOCIO SANITARIO pari a _____;

- è privo del sostegno familiare in quanto (barrare):

- ☐ mancante di entrambi i genitori
- ☐ presenza di un solo genitore
- ☐ genitori non in grado di fornire adeguato sostegno genitoriale /prospettiva del venir meno del sostegno familiare

- di frequentare i seguenti servizi diurni (barrare):

- ☐ Centro Socio Educativo (CSE)
- ☐ Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA)
- ☐ Centro Diurno Disabili (CDD)
- ☐ Servizio Territoriale disabili autorizzato

Associazione o Ente del Terzo Settore gestore del servizio _____

- di beneficiare delle seguenti misure (barrare):

- ☐ Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- ☐ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- ☐ protesi/ausili
- ☐ Misura B1 FNA Buono assistente personale
- ☐ Misura B2 FNA: Buono caregiver familiare
- ☐ Misura B2 FNA: Buono per accompagnamento alla Vita Indipendente
- ☐ Voucher inclusione disabili (Reddito di autonomia disabili)
- ☐ Accoglienza residenziale in Unità d'Offerta sociosanitarie, sociali (RSD; CA; CSS) specificare _____
- ☐ Progetto sperimentale Vita Indipendente (PRO.VI.)
- ☐ Sostegni inerenti le misure "Dopo di noi" specificare _____
- ☐ contributi economici _____
- ☐ altro (es. Progetto L.162/98 attivato con il Comune di residenza)



- è inserito in gruppo appartamento, Cohousing/Housing ☐ SI ☐ NO

Nell'alloggio sito in Via _____

Località _____

Eventuale ente gestore _____

- eventuale tipologia di presenza dell'assistente personale regolarmente assunto (barrare):
- ☐ nessuno
 - ☐ 24 H
 - ☐ Tempo pieno > 7 ore
 - ☐ Tempo parziale < 7 ore
 - ☐ Qualificato 24 h
 - ☐ Qualificato tempo pieno > 7 ore
 - ☐ Qualificato tempo parziale < 7 ore
 - ☐ Altro

DICHIARA INOLTRE

- Di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni
- Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale personalizzato sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori socio-sanitari di ASST e del Comune di residenza/Ambito di Mantova, ed integrata da operatori di Enti del terzo Settore eventualmente segnalati nella rete progettuale.
- Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il contributo giornaliero pro capite, a favore di ricoveri di pronto sollievo è commisurato al reddito familiare e comunque non potrà superare l'80% dei costi previsti dalla soluzione residenziale individuata fino ad un costo massimo di 100€/giorno.
- di essere a conoscenza dei criteri di priorità previsti per l'assegnazione delle risorse riportati nell'Avviso e per quanto non specificato in riferimento al Decreto del 23 novembre 2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali art. 4, c. 2 e dalla D.G.R. 6218/2022;
- di dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al proprio Comune di residenza/ l'Ufficio di piano, entro dieci giorni dall'evento stesso;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'autorità giudiziaria;



Luogo e data _____

Firma _____

Si allegano:

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario (se non coincidenti)
- Codice fiscale del beneficiario
- Certificazione e copia del verbale di INVALIDITA' CIVILE del beneficiario
- Certificazione e copia del riconoscimento della disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/92
- ISEE socio sanitario
- Altro: documentazione eventualmente disponibile, relativa alla situazione di emergenza familiare

Trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati personali, dati particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) e giudiziari (art. 10 del Regolamento UE 679/16) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.

La finalità del trattamento dei dati è: l'esame delle istanze, la rilevazione del debito informativo nei confronti di Regione Lombardia e rilevazione dei dati come disposto da Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - Dopo di Noi", DGR 6218/2022, che rappresenta la base giuridica del trattamento dei dati.

Nell'ambito dell'esame delle istanze, Consorzio Progetto Solidarietà si impegna a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati personali, dati particolari, dati giudiziari in ottemperanza al Regolamento UE 679/16 ("GDPR") mediante l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

I diritti spettanti all'interessato in relazione al trattamento dei dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 e sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del GDPR è il Consorzio Progetto Solidarietà con sede in Mantova, via Conciliazione 128.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e 28 del GDPR per il Consorzio Progetto Solidarietà è il Direttore, dott.ssa Barbara Dal Dosso.

Il Responsabile della Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR per il Consorzio Progetto Solidarietà è l'avv. Cathy La Torre

**Il Direttore
Dott.ssa Barbara Dal Dosso**

Luogo e data _____

Firma _____