

COMUNI DELL'AMBITO N. 8

Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano,
Orzivecchi, Orzinuovi, Pompiano,
Quinzano d'Oglio, San Paolo, Villachiara

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DOPO DI NOI Annualità 2020 (modello A per persone fisiche)

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di soggetto destinatario
del beneficio nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____
n. _____ Tel. _____
e-mail: _____

Oppure se impossibilitato

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____
Tel. _____
e-mail: _____

in qualità di rappresentante degli interessi del soggetto destinatario del beneficio, il/la
sig./sig.ra _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi gestionali previsti nel Dopo di
Noi annualità:

- ☐ Accompagnamento all'autonomia (percorsi di accompagnamento all'autonomia per l'emancipazione dal contesto familiare ovvero per la deistituzionalizzazione).
- ☐ Supporto alla residenzialità (interventi di supporto alla domiciliarità 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)

Chiedo di poter attivare un progetto individuale relativo ad interventi infrastrutturali previsti nel Dopo di noi annualità 2020:

- ☐ Sostegno del canone di locazione
- ☐ Sostegno delle spese condominiali
- ☐ Interventi di ristrutturazione dell'abitazione: spese per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico (domotica e/o riattamento degli alloggi e per la messa a norma degli impianti, la telesorveglianza o teleassistenza) attraverso investimenti dei familiari anche attraverso donazioni a Fondazioni o enti del terzo settore espressamente finalizzate e vincolate all'avvio di percorsi di vita in co-abitazione), spese per riattamento degli alloggi e per la messa a norma degli impianti, con particolare ma non esclusiva attenzione a strumenti di telesorveglianza o teleassistenza. 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 5 anni dalla data di assegnazione del contributo. Il contributo non è erogabile alla singola persona per il proprio appartamento, eccezion fatta se essa mette a disposizione il proprio appartamento per dividerlo con altre persone (residenzialità autogestita).

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 dall'Avviso in oggetto:

- la disabilità di cui è portatore non è determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- età compresa tra i 18 e i 64 anni
- essere in possesso della certificazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- di non usufruire di altre misure, ovvero di usufruire di misure compatibili o integrabili con gli interventi in oggetto.

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.

Si allega:

- ☐ documento di identità del richiedente e del beneficiario se non coincidenti
- ☐ certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92
- ☐ ISEE sociosanitario per la valutazione della priorità di accesso e ai fini della retta assistenziale
- ☐ copia coordinate IBAN per i contributi alla persona e gli interventi infrastrutturali.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che l'accesso a tale beneficio è subordinato dalla redazione di un progetto individuale sottoposto ad una valutazione multidimensionale da parte degli operatori di ASST e del Comune di residenza.

Luogo e data

Firma

COMUNICAZIONE PRIVACY

Per l'erogazione dei SERVIZI SOCIALI DI BASE(s.a.d, s.a.p, pasti a domicilio, trasporto utenti, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, fornitura ausili, consulenza specialistica, centro diurno integrato, casa di riposo, ricovero di sollievo, buoni e voucher, altri servizi domiciliari e contributi economici generici, compartecipazione di spesa, trasferimenti economici di varia natura a Comuni e ambiti distrettuali)

Egregio Sig./Gentile Sig.ra. _____,CF _____

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE VIA CODAGLI 10/A ORZINUOVI (BS)

Telefono 0309942005 Indirizzo e-mail segreteria@fondazionebbo.it desidera informarLa che il Regolamento Europeo della Privacy prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali e che l'utilizzo dei Suoi dati personali da parte del proprio personale incaricato avverrà nel rispetto del GDPR 679/16.

La scrivente COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE si è adoperata a nominare un responsabile della protezione dei dati: SYNTHESIS SECURITY SRL – REFERENTE TOMASINI tomasini@synsec.it 0302752402.

La COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE tratterà i suoi dati personali in qualità di responsabile del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del GDPR 679/16 seguendo le istruzioni impartite dal titolare del trattamento.

I titolari del trattamento per i quali opera la COMUNITA' DELLA PIANURA BRESCIANA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE sono: Unione dei Comuni Lombarda Bassa Bresciana Occidentale, Comuni di Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Mairano, Pompiano, Quinzano e San Paolo.

Per informazioni relative al trattamento da parte dei titolari del trattamento sopra elencati si rimanda alle informative art. 13 GDPR 679/16 degli stessi.

Data

Firma per presa visione

CONSENSO INFORMATO PER CREAZIONE DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

In caso di suo consenso libero, espresso e facoltativo potrà essere creata la cartella sociale informatizzata CSI (soluzione informatica che fornisce la possibilità agli assistenti sociali/operatori a livello amministrativo – gestionale e a livello professionale-operativo di programmare e coordinare gli interventi sociali) sul portale dell'ATS VI.VI.DI. Il Suo rifiuto non avrà alcuna conseguenza negativa sulla possibilità di usufruire dei servizi richiesti. In caso di rifiuto o di revoca successiva del consenso, i Suoi dati saranno disponibili solo per le eventuali conservazioni obbligatorie di legge.

Se l'interessato è minorenne o sotto tutela, il consenso è espresso dai soggetti che hanno la potestà legale.

La CSI contiene l'insieme dei dati relativi al processo socio – assistenziale, dall'accesso-orientamento alla valutazione finale- conclusione, passando per la valutazione del bisogno, l'elaborazione del progetto individuale e l'erogazione del servizio, in formato elettronico, raccolti in occasione dei vari colloqui fra gli assistenti sociali e l'interessato.

La CSI consente al personale della Fondazione di avere un quadro sociale il più completo possibile e di disporre delle informazioni necessarie per offrire un'assistenza più adeguata. Le informazioni contenute nella CSI sono accessibili e possono essere trattate da tutti i professionisti della Fondazione autorizzati a vedere la CSI e anche da altri operatori di altri Enti perchè la CSI favorisce la condivisione tra Enti diversi (Comuni, ATS, ASST, terzo settore, imprese e consorzi con finalità sociali etc.).

Le viene chiesto uno specifico ed autonomo consenso per utilizzare – attraverso la CSI – anche le informazioni "ultraparticolarmente" relative alle prestazioni erogate dalla Fondazione a seguito di:

atti di violenza sessuale o pedofilia, accertamento dello stato di sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcol, interventi di interruzione di volontaria di gravidanza, parto in anonimato, servizi offerti dai consultori familiari.

UFFICIO TECNICO DI PIANO

Via Codagli 10 A - cap. 25034 Orzinuovi (BS)

(c/o Comunità della Pianura Bresciana – Fondazione di Partecipazione)

Tel. 030 9942005 – Fax 030 941393

E-Mail segreteria@fondazionebbo.it

I Suoi dati sanitari contenuti nella CSI potranno anche essere utilizzati, in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca.

Per permettere al personale che Le erogherà il servizio di avere un quadro completo, Lei potrà inoltre esprimere il consenso affinché la sua CSI venga alimentata anche dai dati già in possesso di questa Fondazione. Precisando non vi è garanzia della completezza di tali informazioni, considerato che occorre avere riguardo al formato dei dati e alla loro disponibilità.

Il trattamento dei Suoi dati è riservato al personale dipendente della Fondazione nonché a tutte le persone debitamente autorizzate che intrattengono con la medesima rapporti di lavoro o di servizio.

Lei ha altresì il diritto alla visione degli accessi alla sua CSI e ad esercitare la facoltà di oscurare alcuni eventi che La riguardano, ovvero di chiedere che non vengano inseriti nella CSI alcuni dati non obbligatori. L'oscuramento non viene in alcun modo evidenziato, per cui nessuno può venire a conoscenza del fatto che Lei abbia esercitato tale facoltà (oscuramento dell'oscuramento). In qualsiasi momento Lei può revocare la scelta di oscuramento effettuata (deoscuramento).

Il/La sottoscritto/a _____ - _____, CF _____ :

- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolari nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile

Luogo Data

Il/La sottoscritto/a _____, CF _____ esercente la patria potestà sul minore _____ nato/a a _____ il _____ :

- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso alla costituzione della cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati particolari nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento dei suoi dati ultraparticolari nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'inserimento e al trattamento delle informazioni relative ad eventi pregressi alla cartella, nella cartella sociale informatizzata
- ☐ presta il suo consenso ☐ NON presta il suo consenso all'utilizzo dei dati in forma anonima, per fini di didattica, studio, ricerca contenuti nella cartella sociale informatizzata

Firma leggibile