



Spettabile A.S.S.T. Sette Laghi
Distretto Socio Sanitario di _____
Via _

Modulo per la richiesta di riconoscimento della Misura B1 della DGR del 30/10/2015 n° X/4249

A favore del

Sig./a _____ sesso M F Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / ___

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° _____

domiciliato a _____ Prov. _____ in Via _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

Indirizzo e-mail _____

Affetto da:

- Sclerosi Laterale Amiotrofica o altre Malattie del Motoneurone
- Stato Vegetativo
- Patologie che comportano la dipendenza vitale e la necessità di assistenza continua nell'arco delle 24 ore per persone con età inferiore ai 70 anni.

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Diretto interessato**
- Familiare**
- Tutore/Genitore**
- Curatore**
- Amministratore di sostegno** (in possesso di nomina o di istanza al tribunale di competenza)

con riferimento ai contenuti della D.G.R. n° X/4249 del 30/10/2015 "Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015".

C H I E D E

il riconoscimento della Misura B1, illustrata nella DGR sopra citata, a favore del Sig./Sig.ra _____, in base alla valutazione multidimensionale del livello di gravità del bisogno, per l'assistenza della persona indicata.

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 15/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1 che il Sig./a _____, persona affetta da patologia sopraindicata ha necessità quotidiana di aiuto e di supporto da parte di uno o più caregiver familiari/assistente personale e che la persona individuata quale caregiver è :

Sig./a _____ sesso M F Cod. Fiscale _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n° _____

domiciliato a _____ Prov. _____ in Via _____

Tel. abitazione _____ Cell. _____

Se caregiver familiare, indicare grado di parentela: _____

Se assistente personale, indicare tipologia: _____

Allegare fotocopia di carta d'identità in corso di validità del caregiver familiare o dell'assistente personale

2 di essere a conoscenza che l' ATS e l' ASST, ai sensi dell'Art. 71, d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, potranno procedere ad 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 norme vigenti;

3 di impegnarsi a comunicare tempestivamente all' U.O. Budget Contrattualizzazione e Flussi Informativi dell'ATS dell'Insubria sede territoriale di Varese tel. 0332/277707 qualsiasi variazione che comporti la revoca dei benefici (buono e voucher):

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta socio sanitarie (Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani o per Disabili, Hospice, Comunità Alloggio Socio Sanitarie per persone con disabilità);
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- inserimento in Unità d'offerta semiresidenziali socio sanitarie (Strutture Riabilitative in diurno continuo, Centro Diurno Disabili, Centro Diurno Integrato);
- trasferimento della residenza della persona in altra Regione;
- assenza definitiva o temporanea dal domicilio;
- decesso (comunicazione da parte del familiare).

4 che le persone in dipendenza vitale devono avere le seguenti caratteristiche:

- non accedere ai servizi sociali e sociosanitari, ad eccezione di assistenza domiciliare (SAD, ADI);
- presentare compromissioni nella funzione della Motricità e/o stato di Coscienza;
- presentare compromissione nella funzione della respirazione e/o della nutrizione;
- necessitare di assistenza continua effettuata da familiari e/o assistente personale nell'arco delle 24 ore, in quanto se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali;
- necessitare nell'arco delle 24 ore di monitoraggio delle condizioni di salute (parametri vitali) della persona e delle apparecchiature.

5 che qualora la presente richiesta di accesso alla misura B1 venga accolta, la ATS provveda a liquidarne l'importo mensile mediante bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

| COORDINATE BANCARIE (CODICE IBAN – 27 caratteri) | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| sigla internazionale | numeri di controllo | codice CIN | codice ABI | codice CAB | numero conto corrente |
| 2 caratteri | 2 caratteri | 1 carattere | 5 caratteri | 5 caratteri | 12 caratteri |
| | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| Banca | |
| Agenzia di | |

intestato a _____

- Beneficiario del conto
 Esercente la potestà genitoriale

Avvertenza: il codice IBAN composto da 27 caratteri deve essere apposto in modo chiaro e leggibile

Data _____

Firma del diretto interessato

o in alternativa:

Firma del
Familiare o
Tutore o
Curatore o
Amministratore di sostegno

ALLEGATI

- ✓ Documentazione che attesti la condizione clinica;
- ✓ Eventuale copia del verbale di invalidità civile con indicazioni della diagnosi o, in alternativa, domanda di accertamento;
- ✓ Copia di documento di identità del richiedente in corso di validità;
- ✓ Copia di carta o permesso di soggiorno in corso di validità se persona extra comunitaria;
- ✓ Copia del codice fiscale del richiedente;
- ✓ In caso di presentazione della domanda da parte del tutore/curatore/amministratore di sostegno: copia della nomina del Tribunale;
- ✓ Condizione socio - economica della persona (ISEE).

Questa documentazione può essere trasmessa all'ASST _____ tramite raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: ASST _____, Distretto Socio Sanitario di _____

oppure consegnata a mano presso il Distretto socio sanitario di residenza del richiedente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI – INFORMATIVA ALL'UTENZA
Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Utente, La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati personali da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei Suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Azienda. I dati stessi potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo inoltre, che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- agli Operatori degli Uffici di questa ASST, 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'Azienda;
- agli Operatori degli Uffici dell'ATS Insubria, 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'Agenzia;
- alle Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- alle Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS dell'Insubria, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Agenzia od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- ai 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;
- agli 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.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente, rivolgendosi al Responsabile del trattamento dei dati presso l'ASST Sette Laghi.

Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza a meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi dei titolari, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attenzione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Io sottoscritto _____

ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 autorizzo l'ASST Sette Laghi a sottoporre a trattamento i dati personali/sensibili sopra riportati in quanto necessari ai fini dell'erogazione del contributo economico nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, comunicazione e diffusione, per iscritto con apposita nota informativa, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Autorizzo altresì l'ASST Sette Laghi di Varese a comunicare i dati sensibili relativi allo stato di salute, ove necessari per la realizzazione di modelli di assistenza integrata con i servizi socio-assistenziali del Comune/Ufficio di Piano di riferimento e con i gestori dei servizi socio-sanitari coinvolti nel percorso assistenziale.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Nel caso in cui la persona affetta sia un minore e la potestà genitoriale sia congiunta si richiede la firma di entrambi i genitori:

(Madre) _____ (Padre) _____

N° carta identità:

(Madre) _____ (Padre) _____