

**ASSEGNAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A
BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E MINORI E ADULTI CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI
SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO ASSISTITI A DOMICILIO 01.10.2026/31.12.2027**

(AI SENSI DELLA D.G.R. XII/6320/2026)

Il/La Sottoscritto/a _____

C.F. _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,

residente a _____ Via _____ n. _____,

domiciliato (se diverso da residenza) a _____

via _____ n. _____

tel./cel. _____ e-mail _____

In qualità di: ☐ DIRETTO INTERESSATO ☐ FAMILIARE ☐ ALTRO (specificare) _____

CHIEDE

☐ PER SÉ

☐ PER CONTO DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome _____

C.F. _____

nato a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,

residente a _____ Via _____ n. _____,

domiciliato (se diverso da residenza) a _____ via _____ n. _____

tel./cel. _____ e-mail _____

Di accedere ad uno dei seguenti sostegni previsti dalle – Fondo non autosufficienza Misura B2 (D.G.R. 6320/2026):

- ☐ BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE
- ☐ BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE
- ☐ ASSEGNO PER L'AUTONOMIA PER LA VITA INDIPENDENTE (persone con disabilità)
- ☐ INTERVENTI INTEGRATIVI DIRETTI IN CONTESTI SOCIALIZZANTI (persone con disabilità)
- ☐ INTERVENTI INTEGRATIVI TUTELARI/SOLLIEVO

Si rimanda al Progetto Individuale per la descrizione dell'intervento.

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere:
 - ☐ in condizione di disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (già grave disabilità), come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
 - ☐ beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988;
 - ☐ con certificato della condizione di disabilità di cui al Dlgs. 62/2024.

- Di essere assistito al domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:
Cognome e nome di chi presta l'assistenza (caregiver familiare o assistente familiare personale)

Relazione di parentela/altro con il beneficiario/a: _____

Caregiver convivente (incluso nel nucleo anagrafico) ☐ SI ☐ NO

Assistente familiare personale regolarmente assunto ☐ SI ☐ NO (con regolare contratto - Indicare ore settimanali di contratto n. – non inferiori a 15)

Altro (specificare) _____

- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso pubblico che descrive i criteri di accesso ai sostegni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- Di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche derivanti dalla Misura B2 saranno definiti nel Progetto Individuale e concordati con i Servizi Sociali Comunali, con il personale sociosanitario e/o Ente di Terzo Settore;
- Di accettare la valutazione multidimensionale a seguito della quale sarà redatto il progetto individuale;

AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

Comuni di: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello e Visano

- Di non essere (*barrare le caselle corrispondenti*):
 - ☐ in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7751/2022);
 - ☐ beneficiario Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
 - ☐ beneficiario della MISURA B1;
 - ☐ accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - ☐ percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente- PRO.VI – o da risorse Dopo Di Noi per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - ☐ in carico al Fondo Sanitario Regionale per ricovero di sollievo;
 - ☐ beneficiario Home Care Premium/INPS;
 - ☐ beneficiario della prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024.
- Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:
 - ☐ ISEE ORDINARIO (minori) di € _____
 - ☐ ISEE SOCIOSANITARIO di € _____
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualsiasi variazione che comporti causa di decadenza o revoca della Misura, come indicato al paragrafo 7 del presente Avviso;
- Di essere a conoscenza il Comune di Montichiari in qualità di capofila dell'Ambito territoriale, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dalla legge, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Si allega alla presente istanza copia dei seguenti documenti:

- ☐ documento d'identità del beneficiario dell'intervento;
- ☐ documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;
- ☐ documento di identità e decreto di nomina del Tribunale, se la domanda viene presentata dall'amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- ☐ certificazione di disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già disabilità grave) art. 3 c. 3 l. 104/92 o certificato di invalidità (100%) con accompagnamento;
- ☐ certificazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Progetto Individuale sottoscritto;
- ☐ scheda di valutazione ADL – IADL;
- ☐ modulo scelta fornitore, quando il progetto prevede l'attivazione di Interventi integrativi sociali (Allegato a e b).

Per le domande Buono sociale assistente familiare (personale assistenza regolarmente impiegato) è necessario includere anche:

- ☐ copia del contratto di lavoro relativo all'assistente familiare con indicazione del monte ore settimanale e degli ultimi 2 cedolini paga

Per le domande relative all'Assegno per l'autonomia è necessario presentare l'allegato (previsione delle spese di intervento sostenute direttamente dal beneficiario). Il Buono sarà liquidato a rendiconto. (allegato c)

In caso di accesso al beneficio, il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente (indicare un'opzione):

- ☐ Sul conto corrente intestato al beneficiario della domanda
- ☐ Sul conto corrente intestato a _____ che autorizzo alla riscossione per mio conto

AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

Comuni di: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello e Visano

IBAN:

CODICE PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Si evidenzia che, nel rispetto di quanto definito dalla normativa vigente, le istanze incomplete della documentazione richiesta non saranno ammissibili.

Luogo e data, _____
Firma beneficiario _____ oppure
Luogo e data, _____
Firma delegato* _____

**nota: se l'interessato non è sottoposto a misure di tutela (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno) la firma di terza persona, anche familiare, è valida solo in presenza di un impedimento fisico dell'interessato nel rispetto del DPR 445/2000 art. 4.*

Dichiarazione di presa visione dell'informativa sul conferimento e trattamento dei dati personali

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ in
qualità di _____ avendo acquisito le informazioni fornite dal
titolare ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e degli Artt. 13-14 del GDPR attraverso la presa visione
dell'Informativa Servizi Ambito pubblicata sul sito web istituzionale del Comune di Montichiari al link
<https://www.montichiari.it/it/page/11196>

DICHIARA

di esser stato adeguatamente informato riguardo al trattamento dei propri dati personali per i fini indicati
nella stessa.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI PERSONALI
ai sensi artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati è il COMUNE DI MONTICHIARI, Piazza Senatore Mario Pedini n. 1 - 25018 Montichiari (BS), in qualità di ente capofila dell'Ambito Territoriale Bassa Bresciana Orientale, composto dai seguenti comuni: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello, Visano. Lei potrà contattare il titolare del trattamento dei dati ai seguenti riferimenti: telefono: 03096561 indirizzo e-mail: protocollo@montichiari.it indirizzo PEC: ufficio.protocollo@cert.montichiari.it

RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI

È altresì possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: dpo@pecmontichiari.it

FINALITA' DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA

I dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali, con le seguenti finalità:

- fornire e raccogliere informazioni in relazione a bandi e avvisi in ambito sociale;
- raccogliere informazioni per garantire servizi volti alla tutela di soggetti in stato di bisogno;
- monitorare e programmare gli interventi svolti in ambito sociale, socio -educativo e socio sanitario;
- attivare servizi socio-assistenziali, socio-educativi e socio – sanitari richiesti da soggetti interessati o loro rappresentanti legali.

Le attività svolte rientrano:

- nell'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 6 co 1 lett. e) GDPR Reg. UE 2016/679 e art. 9 co 2 lett. g) GDPR Reg. UE 2016/679 (per dati particolari);
- gestione di servizi sociali ai sensi dell'art. 9 co 2 lett. g) e h) GDPR Reg. UE 2016/679 (per dati particolari).

Le attività svolte sono connesse alla prestazione / valutazione richiesta. Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per le finalità di cui sopra e qualora non venissero fornite tali informazioni, non sarà possibile ottenere la valutazione / prestazione richiesta.

INTERESSATI

I soggetti a cui si riferiscono i dati trattati dall'ente possono essere: utenti beneficiari dei servizi e relativi familiari / caregiver, soggetti in stato di bisogno o a conoscenza di situazioni di disagio e fragilità, operatori economici che intervengono nell'esecuzione della prestazione / valutazione richiesta.

CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI

I dati potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- soggetti privati e pubblici per attività strumentali alle finalità indicate, di cui l'ente si avvarrà come responsabili del trattamento (soggetti erogatori di servizi in appalto o accreditamento);
- soggetti privati che hanno un interesse concreto nei procedimenti istruiti dall'ente nello svolgimento delle proprie attività istituzionali (partner in progetti finanziati da fondi pubblici o privati);
- soggetti pubblici che operano con l'ente in qualità di contitolari del trattamento per il perseguimento di finalità definite congiuntamente;
- soggetti pubblici a cui l'ente è tenuto a comunicare i dati per l'osservanza di obblighi di legge.

I dati potrebbero inoltre essere soggetti a diffusione, se prevista da norma di legge o regolamento.

TIPOLOGIE ED ORIGINE DEI DATI TRATTATI

I dati trattati sono tutte le informazioni necessarie per l'erogazione dei servizi richiesti dall'utente e per la valutazione richiesta, avviati/e anche d'ufficio, compresi dati anagrafici e di contatto dell'utente beneficiario del

AMBITO TERRITORIALE BASSA BRESCIANA ORIENTALE

Comuni di: Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello e Visano

servizio / valutazione e dei relativi familiari / caregiver, dati economici / finanziari / patrimoniali dell'utente beneficiario del servizio / valutazione richiesta, dati relativi alla salute relativi alle condizioni di vita e all'eventuale disagio economico – sociale. Il conferimento dei dati è obbligatorio e possono essere raccolti presso l'interessato o acquisiti da soggetti terzi durante lo svolgimento dei servizi.

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I dati saranno trattati da soggetti specificamente designati dal Titolare, debitamente autorizzati ed istruiti con le modalità ritenute da esso più opportune ai sensi dell'art. 2 – quaterdecies Dlgs 106/2003.

TRASFERIMENTO DATI PERSONALI IN PAESI EXTRA UE.

Non è generalmente previsto il trasferimento di dati in paesi extra UE. Qualora si rendesse necessario il trasferimento di dati in paesi extra UE, il Titolare assicura che tale trasferimento avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/ adottano le clausole contrattuali standard previste dall'Unione Europea.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate, tenuto conto del rispetto degli obblighi di legge a cui il Titolare deve sottostare, nell'adempimento delle proprie funzioni istituzionali.

PROFILAZIONE

Il Titolare non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'art. 22 co 1 e 4 GDPR Reg. UE 679/2016.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà far valere, in qualsiasi momento e ove possibile, nei casi previsti dalla legge, i suoi diritti, in particolare con riferimento al diritto di accesso ai suoi dati personali, nonché al diritto di ottenere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, nonché con riferimento al diritto di portabilità dei dati e al diritto limitazione e di opposizione al trattamento. I diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati, ai riferimenti sopra indicati.

L'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiede abitualmente o lavora o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

In caso di trattamento di dati effettuato dietro prestazione di consenso da parte dell'interessato, questi ha diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato precedentemente.

I dati di contatto dell'autorità nazionale garante per la protezione dei dati personali sono disponibili all'indirizzo <https://www.garanteprivacy.it/>

Per il Comune di residenza il/la responsabile designato/a dall'ente è il/la sig./ra _____.
Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/ 679, il/la sottoscritto/a _____ acconsente al trattamento dei propri dati personali, funzionale agli scopi per i quali è posto in essere.
Data _____
Firma richiedente/beneficiario _____
Data _____
Firma funzionario/a _____