

MODELLO DI DOMANDA PER PERSONE AFFETTE DA SLA

Al Comune di residenza _____

DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2017*“Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio”*Deliberazioni di G.R. n. 239 del 24/05/2018

Il /la sottoscritto/a cognome _____ nome _____ nato/a _____
 prov. ___ il ___/___/___ residente a _____ via _____ n. _____
 c.f. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE in qualità di: Beneficiario diretto

oppure:
 (barrare la voce che ricorre)

 Familiare (*care giver*) Tutore Curatore Amministratore di sostegno

di _____ nato/a _____ prov. ___ il ___/___/___
cognome nome
 residente a _____ via _____ n. _____
 c.f. _____ tel. _____ cell. _____

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2017 *“Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio”*, ai sensi delle delibere di G.R. n. 239 del 24/05/2018.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- 1) che il soggetto _____ è affetto da SLA, come da certificato specialistico allegato
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore ____ settimanali SAD anziani n.ore ____ settimanali
- Assistenza Tutelare di Base n.ore____ settimanali Assistenza Infermieristica
- Home Care Premium n. ore____ mensili/contributo mensile €_____.

ALL'UOPO RICHIEDE

- contributo economico per il *care giver* (da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 09/01/2012 n.7).
- servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali Servizi di cura ed assistenza domiciliare garantiti attraverso l'Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max di 14 settimanali per 52 settimane);
- rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;
- azioni di supporto individuale (acquisto ausili non presidi non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc...) il cui costo preventivamente autorizzato può essere rimborsato fino ad un max di € 3.000,00 Iva inclusa;

DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di _____, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di _____, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di _____ per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome _____

indicare eventuale cointestatario _____

bancario IBAN _____

postale IBAN _____

SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

- copia documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- copia del certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura specialistica;
- altra documentazione clinica.

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il II Coordinatore Responsabile dell'ATS Riccia Bojano, nella persona della Dott.ssa Iliana Iannone domiciliata per la carica in Riccia (CB), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Largo Piano della Corte, n.6 (Tel. 0874715075).

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è la società I.C.M. di Moffa Alberto via G. Marconi n. 27 tel: 0874 716998

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2017 "Servizi ed azioni per persone con disabilità severa e con grave non autosufficienza assistite a domicilio" D.G.R. n. 239 del 24/05/2018

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Riccia - Bojano, in persona del Coordinatore Responsabile Dott.ssa Iliana Iannone, all'indirizzo postale della sede legale -Riccia(CB) Largo Piano della Corte, n.6- o all'indirizzo pec comune.ricciacb@legalmail.it.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

_____, li _____

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di _____ del minore _____ nato a _____ il _____")

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali d enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA _____