

- Home Care Premium/INPS HCP con le prestazioni integrative
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015

g. di non beneficiare delle seguenti misure causa di incompatibilità alla Misura B2:

- i Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente

h. di essere assistito/a al domicilio in maniera continuativa come di seguito specificato:

1. Cognome e Nome di chi presta l'assistenza _____
2. Caregiver convivente (incluso nel nucleo anagrafico)
 - SI NO
3. Assistente familiare personale
 - SI NO
4. Altro (specificare) _____
(allegare copia contratto di lavoro in corso di validità o cedolino paga)
5. Monte ore giornaliero di assistenza _____
6. Tipo di prestazioni garantite _____

i. di appartenere ad un nucleo familiare composto da (indicare i componenti escluso il beneficiario):

RELAZIONE DI PARENTELA	COGNOME E NOME	ETA'	PROFESSIONE

j. di impegnarsi a comunicare tempestivamente, direttamente o mediante un familiare:

- 1) eventuale ricovero in struttura residenziale;
- 2) eventuali altri motivi che determinino il venire meno del diritto di concessione del buono, ovvero della necessità di cure al domicilio o il sopraggiungere di incompatibilità evidenziate nell'Avviso)

k. di impegnarsi a definire con il Servizio Sociale del Comune di residenza, qualora il Buono venga concesso, un progetto individualizzato nel quale siano individuati gli interventi anche migliorativi delle condizioni di assistenza che saranno sostenuti attraverso le risorse aggiuntive del buono sociale. Per assicurare una presa in carico globale

con problematiche sociosanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione è di carattere multidimensionale. Essa è effettuata in maniera integrata tra ASST e Comuni/Ambiti sulla base di appositi protocolli operativi in cui è specificato l'apporto professionale da parte dell'ASST per la componente sociosanitaria che affiancherà quella sociale dei Comuni;

- l. di autorizzare visite domiciliari ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull'assistenza prestata;
- m. di essere a conoscenza che l'assegnazione del presente titolo esclude la possibilità di poter usufruire di analoghe provvidenze
- n. di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese, il sottoscritto decadrà dai benefici ottenuti.

Data _____

Firma _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- con accredito sul conto corrente bancario o postale:

INTESTATARIO C/C	CODICE ABI	CODICE CAB	N. CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE
CODICE IBAN (allegare fotocopia)			

- con assegno circolare (intestato a _____).

Luogo e data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL Reg. U E 2016/679

In relazione ai dati personali (riferiti a "persona fisica") trattati da parte dell'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale ai sensi degli artt.13-14 del Reg. U E 2016/679 si informa che:

- titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Speciale Consortile Garda Sociale, con sede a Salò in piazza Carmine n. 4, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore generale – dato di contatto direzione.amministrativa@gardasociale.it
- il dato di contatto del responsabile della protezione dei dati coordinamento@gardasociale.it
- l'Azienda si può avvalere, per il trattamento dei dati, di soggetti terzi (individuati quali responsabili del trattamento) sulla base di un contratto od altro atto giuridico
- i dati personali sono trattati per le finalità istituzionali assegnate all' Azienda ed il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri; gli uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l'avvio e la conclusione della procedura di cui al presente avviso
- il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale sia con strumenti elettronici/informatici
- il trattamento viene svolto in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà ivi previsti in capo agli enti pubblici
- sono trattati i dati indicati nelle linee guida
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l'adozione di decisioni sulle persone

- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti e/o per l'espletamento di procedure finalizzate alla rendicontazione del presente avviso
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali della pubblica amministrazione
- il mancato conferimento dei dati all'Azienda possono comportare l'impossibilità alla partecipazione al bando/avviso
- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi
- gli interessati (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto all'accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.

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 degli artt. degli artt.13-14 del Reg. 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 _____

Data _____

Il/La funzionario/a _____