

Al Consorzio Sociale Ri/1  
Viale Tommaso Morroni, 28  
02100 RIETI

**MODELLO DI DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI FINANZIAMENTI FINALIZZATI AD INTERVENTI DOMICILIARI ALLA PERSONA IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI CON DISABILITA' GRAVISSIME, DI CUI ALL'ART. 3 COMMA 2 DEL DECRETO MINISTERIALE N. 26/2016**

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_ fisc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Ovvero in qualità di tutore/amministratore di sostegno di

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_

Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**DIAGNOSI** \_\_\_\_\_

## **RICHIEDE**

La concessione del finanziamento per l'attivazione di:

- **Interventi in forma indiretta (assegno di cura)**, pertanto si riceverà il rimborso delle spese sostenute per l'assunzione in autonomia di un operatore a mezzo assegno di curache verrà versato sul conto corrente bancario o postale di cui si comunicano le coordinate:

Banca \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Tale figura professionale, dovrà essere assunta con un regolare contratto di lavoro, ed individuata nel rispetto della volontà del soggetto e/o dei suoi familiari (come previsto dal punto B.1.2 dell'allegato A della DGR 223/16 rivisto dalla DGR 88/17).

Come richiedente mi impegno ad esibire, attraverso la rendicontazione, idonea documentazione attestante le spese sostenute in merito.

- **Interventi in forma diretta (contributo di cura)**, finalizzati a favorire la permanenza del disabile gravissimo presso il proprio domicilio, promuovendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione socio-sanitaria in un'ottica di supporto al nucleo familiare alleggerendone i compiti assistenziali. A tal fine si comunicano le credenziali bancarie/postali su cui erogare il contributo:

Banca \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

A tale scopo il richiedente dichiara:

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di essere a conoscenza di quanto previsto dagli art. 75 e 76 del medesimo D.P.R. sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di

dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici acquisiti a seguito di dichiarazioni non veritiere:

○ Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;

○ Di essere a conoscenza che il beneficio è riservato alle persone affette da disabilità gravissima a seconda delle condizioni di cui all'art. 3 comma 2 del Decreto interministeriale n. 26/2016 e di rientrare nella seguente categoria di disabilità (*barrare la voce che interessa*):

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella sala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoen e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i) ogni altra persona in condizioni di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Nel caso in cui le condizioni alle lettere a) e d) siano determinate da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalla Regione, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

- Di non essere beneficiario di altri analoghi benefici attribuiti per le medesime finalità;
- Di essere beneficiario dei seguenti contributi:  

---

---
- Di conoscere ed accettare tutte le clausole e condizioni previste dall'avviso pubblico;

Allega alla presente domanda:

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia del permesso o della carta di soggiorno in corso di validità, se cittadino extracomunitario;
- Copia del codice fiscale o della tessera sanitaria del richiedente e del beneficiario, se non coincidenti;
- Copia della certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica attestante la condizione di disabilità gravissima;
- Copia del verbale di invalidità civile pari al 100% con indennità di accompagnamento;
- Copia del verbale Legge 104/1992, articolo 3, comma 3;

- Copia del decreto di nomina ti tutela, curatela o amministrazione di sostegno, se in possesso;
- ISEE sociosanitario in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole e di accettare che i dati conferiti con la presente domanda saranno trattati da personale incaricato dal Consorzio Sociale RI/1, per le sole finalità connesse alla procedura in argomento, nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679**  
**CONSORZIO SOCIALE RI/1**  
**in qualità di Titolare del Trattamento dei dati**

La informa che i dati da Lei forniti saranno trattati ai fini della gestione della pratica per l'ottenimento della prestazione da Lei richiesta e attività ad essa afferenti.

Il Titolare al fine di garantire una adeguata protezione dei dati ha provveduto ad adottare efficaci misure tecniche ed organizzative che all'occorrenza verranno riesaminate ed aggiornate.

**Punto A - Categoria di Dati e Finalità del Trattamento**

I Dati da Lei forniti saranno di carattere Personale (ad es. nome, cognome, data e luogo di nascita, ...), i quali saranno raccolti e trattati sia in formato elettronico che in formato cartaceo.

Nella gestione della pratica per l'ottenimento della prestazione da Lei richiesta e attività ad essa afferenti potrebbero essere raccolti Dati Personali a Carattere Speciale (c.d. "Sensibili") quali, ad esempio:

- dati attinenti all'origine etnica;
- dati attinenti alle convinzioni filosofiche o religiose;
- dati attinenti allo stato di salute;
- dati attinenti alla biometrica.

*Si specifica che i Dati Personali a Carattere Speciale (c.d. "Sensibili") forniti volontariamente sono necessari ed indispensabili all'esecuzione della pratica e, in loro mancanza, la stessa potrebbe non ottenere esito positivo.*

Il trattamento dei Dati Sensibili sopra indicati sarà oggetto di misure di sicurezza ulteriori rispetto al trattamento degli altri dati.

I dati da Lei forniti su base volontaria verranno trattati esclusivamente per la finalità sopra indicata. I Dati non necessari ai fini sopra indicati verranno distrutti all'atto della raccolta.

Si specifica che in caso di mancato consenso non sarà possibile dare seguito alla finalità del trattamento.

Limitatamente ai Dati per cui Lei ci conferisce espresso consenso al Trattamento, questi verranno trattati per la gestione dei processi decisionali automatizzati. Nel caso di mancato consenso al Trattamento dei Dati non ci saranno processi decisionali automatizzati (ad es. qualsiasi trattamento volto ad analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, il comportamento, ecc...).

**Punto B - Tempo di Trattenimento del Dato**

I dati raccolti saranno conservati dal momento della richiesta e fino a 10 anni successivi alla chiusura del rapporto, fatto salvo leggi speciali; termine nel quale verranno distrutti.

**Punto C - Diritti dell'Interessato**

In relazione al trattamento dei suoi dati personali, le viene garantito l'esercizio dei seguenti diritti:

0. Diritto a ricevere oralmente il contenuto dell'Informativa.
1. Diritto di Accesso ai dati a Lei afferenti.
2. Diritto di Rettifica dei dati inesatti e di integrazione dei dati incompleti.
3. Diritto alla Cancellazione dei dati (Diritto all'Oblio).
4. Diritto di Limitazione del trattamento dati.
5. Diritto alla Portabilità dei dati.
6. Diritto di Opposizione ai processi automatizzati.
7. Diritto di proporre Reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy).

I suoi diritti potranno essere esercitati scrivendo alla mail del titolare del trattamento.

**Punto D – Titolare**

Il Titolare del trattamento ad ogni effetto di legge è CONSORZIO SOCIALE RI/1 con sede in via Tommaso Moroni, n. 28 - 02100 Rieti, CF 90075000571 e Partita IVA 01162090573. E-mail consorziosocialeri1@aruba.it – PEC consorziosocialeri1@pec.it

**Punto E – Data Protection Officer**

Il Data Protection Officer (di seguito DPO) è **Giuliano Palotto**, reperibile presso il titolare del trattamento.

**Consenso informato (art. 7 GDPR)**

Io interessato, come sopra identificato, letto e compreso l'informativa sopra esposta ivi compresi i diritti a me garantiti, limitatamente al conferimento dei dati personali a carattere speciale, nelle more di quanto indicato nell'istanza e per le finalità espresse nell'informativa, consapevole che il mancato consenso renderà non possibile il trattamento di tali dati, tramite la presente:

**DO IL CONSENSO**

**NEGO IL CONSENSO**

Firma dell'interessato

Luogo, data.....

.....

Limitatamente ai Dati per cui Lei ci conferisce espresso consenso al Trattamento, questi verranno trattati per la gestione dei processi decisionali automatizzati. Nel caso di mancato consenso al Trattamento dei Dati non ci saranno processi decisionali automatizzati (ad es. qualsiasi trattamento volto ad analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, il comportamento, ecc...).

**DO IL CONSENSO**

**NEGO IL CONSENSO**

Firma dell'interessato

Luogo, data.....

.....