

Al Direttore Generale
 Azienda USL Toscana Centro
 (Ambito Prato)
 P.za Ospedale, 5
 59100- PRATO

**DOMANDA PER LA VALUTAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO PER
 GRAVISSIME DISABILITA' FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA
 (Deliberazione GRT n. 342 del 18.04.2016- Delibera DG n. _____ del _____)
 SCADENZA 31 DICEMBRE 2016**

Il sottoscritto/a _____ nato a _____

Prov. _____ il _____, residente a _____ CAP _____

Via/P.za _____ n. _____

Tel./Cell _____ e-mail _____

Codice Fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| in qualità di:

destinatario dell'intervento familiare tutore/amm. sostegno altro

CHIEDE

La valutazione finalizzata all'erogazione dei contributi Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza gravissime disabilità

di sé stesso

di _____ nato /a a _____

Prov. _____, il _____, residente a _____

CAP _____ Via/P.za _____,

n. _____ Tel/Cell. _____

domiciliato /a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____ CAP _____

Via/P.za _____ n. _____ Tel/Cell _____

Codice Fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Visto l'Avviso per la presentazione delle domande di contributo economico a favore di persone con disabilità gravissime di cui alla Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro n.1442 del 30 settembre 2016;

Consapevole che l'erogazione del contributo economico avverrà sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della domande valutate positivamente dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) e della possibilità di copertura finanziaria, con predisposizione di una lista di attesa in caso di risorse insufficienti,

A tale scopo, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di

dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, relative

alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera:

D I C H I A R A

1. di essere residente in Toscana almeno dal 1° gennaio dell'anno precedente a quello di presentazione della presente domanda
2. di essere stato riconosciuto/a dalla Commissione sanitaria per l'accertamento dello stato di handicap di cui all'art.3 comma 3 L.104/92 (allegato alla presente domanda)
3. di fornire il consenso all'acquisizione d'ufficio della relazione sociale predisposta per l'accertamento di handicap
4. di avere un ISEE per le prestazioni di natura sociosanitaria, calcolato secondo le modalità previste dall'art. 6 del D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, così come modificato dalla legge 26 maggio 2016, n. 89, (allegato alla presente domanda)

ovvero

5. di aver rilasciato in data ___ / ___ / ___ all'INPS, a un CAF o ad altro intermediario autorizzato, la Dichiarazione Sostitutiva Unica e di essere in attesa della relativa attestazione ISEE (allegata alla presente domanda)
6. di non essere beneficiario di altri contributi economici erogati da enti pubblici ai fini della permanenza a domicilio;

ovvero

7. di impegnarsi a rinunciare ad altri contributi economici percepiti per le medesime finalità di sostegno alla persona a domicilio;
8. di essere pienamente autonomo (direttamente o per il tramite di familiari) nell'individuazione degli assistenti personali con i quali sarà contratto un regolare rapporto di lavoro.
9. di impegnarsi a comunicare per iscritto all'Azienda USL Toscana Centro – Ambito Prato – U.V.M. Zonale ogni eventuale variazione in ordine ai dati contenuti nella presente domanda;

D I C H I A R A I N O L T R E

in relazione ai dati personali che lo/a riguardano, di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura

A L L E G A T I

Accertamento dello stato di handicap

Documentazione sanitaria aggiornata e adeguata ai fini della valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M.)

Modello ISEE o Dichiarazione Sostitutiva Unica

COMUNICA INOLTRE (da compilare solo se i dati sono diversi da quelli del dichiarante)

Che le comunicazioni relative al procedimento in oggetto dovranno essere inoltrate al/alla sig/sg.ra: _____ in qualità di _____

Indirizzo _____ tel/Cell. _____

e-mail _____ pec _____

Data, _____

IL DICHIARANTE

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto autorizza l'Azienda USL Toscana Centro al trattamento dei propri dati personali e dei dati personali che rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art.4 comma 1 lett. D del codice della Privacy (Decreto LGS. n.163/03) e specificatamente nei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute

Data, _____

(firma leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti dell'Azienda USL Toscana Centro – Ambito Prato nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti;
- il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle legge e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali;
- il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione;
- agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare;
- il Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro;
- il personale dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.

Data, _____

(firma leggibile)