



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

ALLEGATO A

(Avviso Pubblico "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", approvato con Determinazione UdP n. 132/2022)

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI LARINO

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASSEGNO DI CURA A VALERE SUL FONDO CAREGIVER

Il /la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ alla via _____

n. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

per se stesso nella qualità di beneficiario diretto,

oppure per conto del beneficiario, nella qualità di:

Familiare ; Tutore; Curatore; Amministratore di sostegno

(riportare i dati del beneficiario interessato)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ alla via _____

Ufficio di Piano c/o Comune di Larino p.zza Duomo, 86035 –Larino - Tel: 0874.828223 –Fax: 0874.825093

e-mail: ufficiodipiano@comune.larino.cb.it ; PEC: atslarino@pec.it ;

sito web www.comunelarino.it



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Codice fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DI ESSERE AMMESSO al Programma - “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”, di cui all'Avviso Pubblicodell'ATS di Larino in oggetto

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

DI aver preso visione del predetto Avviso Pubblico e di accettarne i contenuti e le condizioni di servizio ivi indicate.

CHE il beneficiario interessato, nel termine ultimo per la presentazione della domanda, è in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- è residente nel Comune di _____ appartenente all’ATS di Larino;
- non ha eletto a domicilio o è stabilmente ospitato da familiari in comuni non ricompresi nel territorio dell’ATS di Larino;
- che non è ricoverato presso strutture sanitarie, socio-sanitarie o socio-assistenziali;
- che si trova in condizioni di **non autosufficienza o disabilità gravissima** rientrante **in una** delle seguenti patologie:

(barrare con una “x” la casella di pertinenza con obbligo di biffarne solo una)

- a) Persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) Persona dipendente da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) Persona con grave o gravissimo stato di demenza ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer, con punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) Persona 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) Persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- f) Persona 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



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

-
- 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) Persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
 - h) Persona 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) ≤ 8 ;
 - i) Ogni altra persona in condizione 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.

All'uopo RICHIEDE

- l'assegno di cura in favore del *caregiver* di persone in condizioni di disabilità gravissima dell'importo mensile di € 400,00, di cui all'articolo 4 dell'Avviso Pubblico;

DICHIARA ALTRESI'

- a) CHE il *caregiver* familiare, inteso come colui che “*assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n.76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati all'art.33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente o in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18*” – è designato come segue:
- coniuge;
 - convivente;
 - familiare o affine entro il secondo grado;
 - familiare entro il terzo grado, nei soli casi indicati all'art. 33, comma 3 della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992.

- b) generalità del *caregiver* familiare di cui al punto a), sono le seguenti:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ alla via _____



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Codice fiscale																				
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c) modalità di erogazione del contributo spettante, nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato al caregiver _____

indicare eventuale cointestatario _____

- bancario IBAN
- postale IBAN (no libretto postale)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

d) di impegnarsi, nel caso di concessione del beneficio, a comunicare, in qualsiasi momento, all'Ufficio di Segretariato Sociale/Servizio Sociale Professionale del proprio comune di residenza l'eventuale variazione del codice IBAN sopra dichiarato.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che l'ATS di Larino, 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;

Alla presente domanda SI ALLEGA la seguente documentazione ai sensi dell'articolo 3 dell'Avviso Pubblico

- copia di un valido documento di riconoscimento del richiedente e/o beneficiario e del caregiver di quest'ultimo;
- copia del verbale della Commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18 dell'11.02.1980;
- scala di valutazione per coloro che rientrano in una delle patologie elencate all'art. 3 dell'Avviso Pubblico lettere: a), c), d) e) ed h), tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla data di pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso (ALLEGATO A1), dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente, ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);

- certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie elencate all'art. 3 dell'Avviso Pubblico lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza. Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al D.M. del 26 settembre 2016 (vedasi ALLEGATO A1). Dette certificazioni dovranno essere effettuate dal Medico di Medicina Generale con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente, e tutte debitamente firmate, datate (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla data di pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore;
- certificazione ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria e relativa DSU, in corso di validità, rilasciata ai sensi del DPCM n. 159/2013, oppure, in caso di potenziale beneficiario minorenni, certificazione ISEE ordinaria e relativa DSU;
- autodichiarazione di accettazione del ruolo di cura da parte del *caregiver* che si impegna a prestare assistenza nell'abitazione dell'assistito in maniera continuativa e prevalente.
- informativa sulla privacy.

Luogo e data

Firma del richiedente



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

INFORMATIVA DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e sue succ. mod. ed integr., pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità di cui “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (approvato con Determinazione Ufficio di Piano UdP n. 132/2022);
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale informatizzato altro
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico;
4. I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico saranno comunicati al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli interventi assistenziali previsti;
5. I dati resi ai fini della domanda di accesso di cui al suddetto Avviso Pubblico annoverano anche i *cd* dati *sensibili* riguardanti lo stato di salute. Il conferimento dei predetti dati sensibili è obbligatorio ai fini della gestione della domanda di accesso di cui al succitato Avviso Pubblico, e saranno comunicati, fermo restando la previsione di cui all'articolo 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti gestionali esclusivamente al Servizio competente della Regione Molise, all'ASReM, nonché ai soggetti realizzatori dei servizi e degli interventi assistenziali previsti, nonché trattati con modalità manuali e informatizzati;
6. Il titolare del trattamento è il Comune di Larino nella sua qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Larino (associazione di Comuni a mezzo Convenzione ex art. 30 del D.Lgs. 267/00, ex L.328/00);
7. Il responsabile del trattamento è l'avvocato Mario Antonio Massimo Fusario, con sede in v.le della Vittoria, 35 - 60123 Ancona pec marioantoniomassimo.fusario@pec-ordineavvocatiancona.it;
8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003, con richiesta scritta inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata atslarino@pec.it o a mezzo posta all'indirizzo Comune di Larino, p.zza Duomo, 86035 Larino (CB).

Art. 7 del D.Lgs. 196/03 e degli artt. 15 e 22 Regolamento UE n. 679/2016

Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.



Ambito Territoriale Sociale di Larino

Comuni associati di Larino (comune capofila), Bonefro, Casacalenda, Colletorto, Montelongo, Montorio nei Frentani, Morrone del Sannio, Providenti, Ripabottoni, Rotello, San Giuliano di Puglia, San Martino in Pensilis, Santa Croce di Magliano, Ururi

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto

nato a Il CF

Residente a Via n.

Tel. Cell.

alla luce dell'informativa che precede, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e sue succ. mod. ed integr.

- esprime il consenso** / **NON esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
- esprime il consenso** / **NON esprime il consenso** alla comunicazione dei propri dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Letto, confermato e sottoscritto

_____ , _____
(luogo) (data)

Firma del dichiarante (per esteso e leggibil