

8. di essere a conoscenza che il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni sottoscritti dal care-giver familiare e dell'adeguata assistenza fornita dallo stesso al beneficiario del sostegno di cui al presente Avviso.

9. di chiedere il rimborso delle seguenti spese di assistenza presso ente qualificato per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:

- n. ore di assistenza effettuate: _____
- Ente qualificato (denominazione): _____

- Rimborso richiesto: € _____

Modalità di pagamento:

bonifico intestato al beneficiario _____ (indicare coordinate bancarie IBAN):

IT

--	--

--	--

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

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

lì _____
Luogo data

Firma estesa leggibile

Allegati alla domanda e dichiarazione del/della sig/sig.ra _____ per la richiesta di sostegni per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare - Rimborso spese per interventi domiciliari;

- dichiarazione del care-giver familiare;
- attestazione ISEE in corso di validità; **oppure**
- dichiarazione di avvenuta presentazione della DSU (art. 11 c.9, DPCM 159/2013)
- copia verbale invalidità civile con indennità di accompagnamento (con diagnosi) ovvero accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- copia carta d'identità e Codice Fiscale del richiedente e di chi eventualmente compila la domanda;
- copia sentenza del Tribunale di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno del soggetto fragile;
- documentazione fiscale (ad esempio fattura/ricevuta) quietanzata che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di assistenza domiciliare di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;

L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere integrazioni della documentazione.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, nonché dell'art. 13 del d. lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" si porta a conoscenza dei richiedenti il rimborso per interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del care-giver familiare che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto ne scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. tali dati verranno da noi comunicati ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati, tenuti comunque, nel trattamento dei dati stessi, al rispetto delle norme contenute nel Codice: Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei Suoi dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale per la valutazione multidimensionale;
4. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo.
5. possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.
6. il richiedente il buono/voucher sociale ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
7. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Sondrio e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso il Comune di Sondrio.

VISTO: Firma apposta in mia presenza

Timbro e firma del funzionario incaricato

DICHIARAZIONE DEL CARE-GIVER FAMILIARE

(allegato alla richiesta di accesso al sostegno caregiver familiare esercizio 2023 ai sensi della DGR XI/7605/2022 e DGR XI/7799/2023)

Il/La sottoscritto/a (cognome/nome) _____
nato/a a _____ prov _____ il _____
residente a _____ cap _____
via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

con riferimento alla richiesta di accesso alle misure di sostegno al care-giver familiare di cui alla **DGR XI/7605/2022 e DGR XI/7799/2023**)

DICHIARA

1. di essere stato individuato quale care-giver familiare del/la sig./ra (cognome/nome) (cognome/nome) _____, nato/a a prov _____ il _____ residente a _____ cap _____ via _____ n _____
tel. _____ codice fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

e di accettare tale ruolo;

2. di dedicare n. _____ ore al giorno alla funzione di caregiver svolgendo le seguenti attività di cura:

- igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza
- alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
- mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti)
- gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio...)
- supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)
- altro (specificare) _____

3. di necessitare di un affiancamento/supporto nel proprio ruolo di cura attraverso l'attivazione di interventi domiciliari da parte del seguente ente qualificato nel settore dell'assistenza domiciliare:

4. di essere a conoscenza che il Servizio Sociale di Base può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni sottoscritti dal care-giver familiare e dell'adeguata assistenza fornita dallo stesso al beneficiario del sostegno di cui al presente avviso.

_____ li _____
Luogo data

Firma estesa leggibile

Allegare fotocopia documento di identità del sottoscrittore