

- ha riconosciuta la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;
- è in possesso di ISEE ordinario in corso di validità [scadenza 31.12.2026] **privo di omissioni e difformità:** inferiore/uguale a 35.000 €;
- non è accolto in modo definitivo presso unità di offerta residenziali sociosanitarie o sociali;
- non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 3719 del 30.12.2024
- non è ricoverato con sollievi a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- non è beneficiario della misura HOME CARE PREMIUM/INPS HCP

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- ✓ di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- ✓ di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata (o già in possesso degli uffici responsabili dell'istruttoria);
- ✓ di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE al Comune di residenza e comunque entro 30 giorni dalla data dell'avvenimento, qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione;
- ✓ in caso di ammissione della presente istanza di ACCETTARE INDEROGABILMENTE il contributo previsto secondo la propria situazione soggettiva;
- ✓ di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

CONSIDERATO QUANTO SOPRA CHIEDE

la valutazione per l'accesso agli INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI A SUPPORTO DELLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' ESTIVE, RIVOLTI AI MINORI CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO ELEVATO E MOLTO ELEVATO. ESERCIZIO 2026 FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA)

Data ___/___/___

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY):

L'Azienda Speciale Retesalute, in qualità di Co-Titolare del trattamento, informa che il trattamento dei dati personali forniti con la presente istanza, o comunque acquisiti per tale scopo, è effettuato per l'esercizio delle funzioni connesse e strumentali alla gestione della presente richiesta ed è svolto nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza anche con l'utilizzo di procedure informatizzate, garantendo la riservatezza e la sicurezza dei dati stessi.

È fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo dei dati per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta anche in forma aggregata per elaborazione di statistiche riguardanti il servizio.

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio e il rifiuto di fornire gli stessi determinerà l'impossibilità di dar corso alla richiesta. Il trattamento sarà effettuato a cura delle persone fisiche autorizzate, preposte alle relative attività procedurali, e impegnate alla riservatezza. I dati saranno conservati per il periodo necessario all'espletamento del procedimento amministrativo e in ogni caso per il tempo previsto dalle disposizioni in materia di conservazione degli atti e documenti amministrativi. I dati non sono oggetto di diffusione o di comunicazione, fatti salvi i casi previsti da norme di legge o di regolamento. I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del

D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679, e in particolare: il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o l'integrazione se incompleti o inesatti, la limitazione, la cancellazione, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo la richiesta all'Azienda Speciale Retesalute - in qualità di

Titolare del trattamento – Piazza Vittorio Veneto 2/3 – 23807 Merate (LC), oppure al Responsabile per la protezione dei dati personali (Data Protection Officer - "DPO") dell'Azienda Speciale Retesalute - e-mail: dpo@studiobattiston.eu.

Infine, informa che gli interessati, ricorrendo i presupposti, possono proporre un eventuale reclamo all'Autorità di Controllo Italiana - Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma.

Data __/__/__

Firma per il Consenso al trattamento _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Copia del documento d'Identità **dell'assistito**;
- Copia della tessera Sanitaria **dell'assistito**;
- Se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Curatore o Tutore, copia del documento di identità e copia del Decreto di nomina del tribunale;
- Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, in corso di validità (l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento. L'esito dell'accertamento deve pervenire entro il 19/06/2026 termine perentorio. Non è considerato valido il verbale di accertamento dell'alunno disabile;
- Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;
- Scheda di P.I. (All.3) compilata dall'Assistente sociale del SSB che ha eseguito la valutazione e definito gli obiettivi in collaborazione con l'AS dell'Ambito. Il P.I è un modulo digitale e andrà compilato in formato PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) salvato, come da indicazioni sulla scheda, e trasmesso come singolo file allegato all'istanza;

Il documento ISEE non dovrà essere allegato ma visionato alla presentazione della domanda. Tale valore sarà riportato nel PI unitamente al codice DSU.