

# Domanda per l’accesso al contributo delle persone anziane

Data e orario di ricezione

Schema di domanda relativa alla “MISURA PER L’IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE ANZIANE FRAGILI”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la richiedente

**Nome e Cognome**

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CHIEDE**

di accedere ai benefici di cui alla “misura per l’Implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili e percorsi di autonomia finalizzati all’inclusione sociale delle persone disabili”.

**A TAL FINE DICHIARA**

* di avere età uguale o >65 anni;
* di vivere al proprio domicilio;
* di essere residente nel Comune dell’Ambito presso il quale si sta presentando domanda di accesso ai benefici dell’avviso;
* di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 inferiore o uguale a € 20.000,00 annui e di essere ricompreso in una delle seguenti fasce;

□ da € 0 a € 5.000,00

□ da € 5.000,00 a € 10.000,00

□ da € 10.000,00 a € 15.000,00

□ da € 15.000,00 a € 20.000,00

* data di rilascio ISEE
* N° identificativo ISEE
* di non avere gravi limitazioni dell’autosufficienza ed autonomia personale (es. destinatarie delle misure B1 e B2 FNA nonché RSA Aperta di cui alla d.g.r. 7769/2018);
* di non frequentare in maniera sistematica e continuativa unità d’offerta o servizi a carattere socio-sanitario (es. il centro diurno integrato, ecc.);
* di non essere destinatario di un intervento della Misura RSA aperta ex DGR n. 2942/2014;
* di essere caregiver di familiari non autosufficienti con necessità di sollievo e supporto per mantenere una adeguata qualità della vita (selezionare solo se la persona anziana svolge il ruolo di caregiver);
  + di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

**DICHIARA INOLTRE**

* + di impegnarsi a partecipare a un progetto individualizzato e a portare a termine le attività che verranno previste nel progetto sottoscritto;
  + di essere consapevole che per gli utenti già ammessi non sarà possibile presentare una nuova domanda di accesso, qualora il percorso avviato in precedenza a valere sul presente Avviso, sia stato interrotto per rinuncia in assenza di impedimenti che determinano l’impossibilità oggettiva a proseguire il percorso.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell’articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

Responsabili esterni del Trattamento sono:

* + Regione Lombardia è titolare del trattamento dei dati (come dettagliato nelle informative per il trattamento dei dati personali).
  + L’ente capofila dell’Accordo di programma di Ambito/Ambiti è responsabile del trattamento dati.
  + Lispa è responsabile del trattamento dei dati.

Luogo e data Firma del richiedente

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| ***MODULO CONDZIONI DI SALUTE DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONE DEL VOUCHER*** |  |
|  | |
| ***SEZ. 1 ULTERIORI DATI DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONEL DEL VOUCHER*** |  |
| Residente nel comune di (Prov. ) | |
| In Via/Piazza N° | |
| Telefono/Cell. E - Mail | |
| Domicilio In **( )** | |
| Via/Piazza N° Telefono/Cell. | |
| **EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** (Cognome/Nome): \_ | |
| In caso di nomina di AdS, allegare copia del decreto del Tribunale | |
| Contatto telefonico: | |
| **PERSONA DI RIFERIMENTO:** (Cognome/Nome) : | |
| Contatto telefonico: | |
| ***SEZ. 2 DATI PERSONALI DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONEL DEL VOUCHER*** | |
| **2.1. Invalidità Civile**: (se viene crocettata l’opzione SI, è necessario allegare il verbale di invalidità) | |
| SI | |
| NO | |
| **2.2 Indennità Di Accompagnamento:** (se viene crocettata l’opzione SI, è necessario allegare il verbale di invalidità) | |
| SI | |
| NO | |
| **2.3 Riconoscimento L. 104 /92** (se viene crocettata l’opzione SI, è necessario allegare il verbale di invalidità) | |
| SI | |
| NO | |
| ***SEZ. 3 STATO DI SALUTE DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONEL DEL VOUCHER*** | |
| * 1. **patologie presenti e giudizio di gravità**   2. **Problemi clinici**   A) Le è stato diagnosticato il diabete mellito? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Patologie cardiache: |  |  |
| Ipertensione: |  |  |
| Patologie vascolari |  |  |
| Patologie respiratorie |  |  |
| Apparato gastroenterico superiore |  |  |
| Patologie epatiche |  |  |
| Patologie renali |  |  |
| Sistema muscolo-scheletrico e Cute |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * SI * NO Se si, * Trattato sulla sola dieta * Farmaci antidiabetici Orali * Insulinoterapia  1. Indichi la situazione personale di Vista e udito:    * Vede e sente bene    * Non vede    * Non sente    * Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso 2. Per la propria igiene quotidiana, indichi una tra le seguenti opzioni:    * Si lava autonomamente    * Necessita di aiuto per alcuni operazioni igieniche    * Totalmente dipendente 3. Com’è la sua capacità di vestirsi?    * Si veste/sveste autonomamente    * Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi    * Totalmente dipendente 4. Quando deve uscire, qual è il suo livello di mobilità?    * Si muove autonomamente    * Si muove con deambulatore    * In carrozzina    * Allettato 5. Ha avuto delle cadute nelle ultimi tre mesi?    * Nessuna    * 1-3 volte    * Più di tre volte   **3.3 Terapia farmacologica in corso (indicare il nome/nomi dei farmaci in uso) Nome dei farmaci**   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| ***SEZ. 4 RIFERIMENTI MEDICI DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONEL DEL VOUCHER*** |
| Nome cognome del Medico di base  Telefono Se conosciuti e-mail/indirizzo studio medico \_ |
| ***SEZ. 5 ALLEGATI E FIRMA DEL RICHIEDENTE L’EROGAZIONEL DEL VOUCHER*** |
| * Fotocopia documento d’identità in corso di validità del richiedente * Tessera sanitaria del richiedente l’erogazione del voucher * Certificazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità * Certificato di invalidità e/o attestazione del possesso della 104, se posseduti * Informativa privacy   Firma del richiedente l’erogazione del voucher |



**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679**

**MISURA PER L’IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE ANZIANE FRAGILI E PERCORSI DI AUTONOMIA FINALIZZATI ALL’INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI**

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegandoLe quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento di tali dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti dei soggetti richiedenti secondo quanto previsto dall’art. 11. Ai sensi dell’art. 13 del decreto ed in relazione ai dati personali che verranno comunicati ai fini della partecipazione al Bando in oggetto, si forniscono inoltre le informazioni che seguono.

Successivamente, se tutto Le sarà chiaro, potrà liberamente decidere se prestare il Suo consenso affinché i Suoi dati personali possano essere trattati, sapendo fin d’ora che tale consenso potrà essere da Lei revocato in qualsiasi momento.

## Finalità del trattamento dei dati personali

I dati acquisiti in esecuzione del presente bando saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati personali che verranno in possesso di Regione Lombardia e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal bando e nel rispetto dell’art. 13 del decreto.

## Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento è effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e trasmessi attraverso reti telematiche. I medesimi dati sono trattati con modalità cartacea.

Il Titolare adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza idoneo rispetto alla tipologia di dati trattati.

## Titolare del Trattamento

Ai sensi dell’articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

Responsabili esterni del Trattamento dei dati sono:

* L’ente capofila dell’Accordo di programma di Ambito/Ambiti;
* Lispa è responsabile del trattamento dei dati.

## Responsabile della Protezione dei dati (RPD)

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) è contattabile al seguente indirizzo email: [rpd@regione.lombardia.it.](mailto:rpd@regione.lombardia.it)

## Obbligatorietà del consenso

La informiamo che, in mancanza del Suo consenso, non sarà possibile procedere al trattamento dei suoi dati personali, quindi non sarà possibile procedere con la registrazione dei dati e la partecipazione all’evento

## Comunicazione e diffusione dei dati personali

I dati potranno essere elaborati, comunicati e diffusi da Regione Lombardia e dal Gestore per l’esecuzione delle attività e delle funzioni di loro competenza così come esplicitati nel bando

## Tempi di conservazione dei dati

Si individua il tempo di conservazione in 1 anno.

## Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE 679/2016, ove applicabili.

I soggetti cui si riferiscono i dati personali possono esercitare i diritti previsti da artt. 7 e 8 del D. Lgs. n. 196/2003, tra i quali figura la possibilità di ottenere in qualsiasi momento: - la conferma dell’esistenza di dati personali che li possano riguardare, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; - l’indicazione della loro origine, delle finalità e delle

modalità del loro trattamento, nonché la possibilità di verificarne l’esattezza; - l’aggiornamento, la rettifica e l’integrazione dei dati, la loro cancellazione, la trasformazione in forma anonima od opporsi al trattamento dei dati per motivi legittimi o giustificati motivi; - l’attestazione che le operazioni di cui al precedente punto sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Le modalità per esercitare i citati diritti sono disciplinate dal decreto del Segretario Generale n. 10312 del 6/11/2014 Determinazioni in merito al diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti in attuazione del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.lgs.101/2018), si rimanda all’Informativa sul trattamento dei dati personali di cui all’Allegato.” detenuti dalla Giunta regionale. Approvazione di “Policy di gestione di accesso ai dati personali”.

Le sue Richieste per l’esercizio dei Suoi diritti dovranno essere inviate all’indirizzo di posta elettronica: [famiglia@pec.regione.lombardia.it.](mailto:famiglia@pec.regione.lombardia.it), oppure a mezzo posta raccomandata all'indirizzo: Regione Lombardia - Piazza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano all'attenzione della Direzione Generale Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità.

Lei ha, inoltre, diritto di proporre reclamo all’Autorità di Controllo competente.

Letta l’informativa, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento.

Luogo e data……………………………………………………………………..

Nome e cognome--------------------------------------------------------------------------

Firma………………………………………………………………………………..