



**DOMANDA PER CONTRIBUTO DISABILITA' GRAVISSIMA  
(deliberazione della Giunta Regionale 18.04.2016 n. 342)**

**In caso di richiesta da parte del diretto interessato**

**QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il           a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

Stato civile <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**In caso di presentazione da parte di altro soggetto**

**QUADRO A1 – GENERALITA' DI CHI PRESENTA LA DOMANDA**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

in qualità di <sup>3</sup> \_\_\_\_\_ del sotto indicato beneficiario:

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

nato/a il           a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

Stato civile <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Cittadinanza <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a, Convivente.

<sup>2</sup> Italiana/Comunitaria/Extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno n..... rilasciata alla Questura di ..... con scadenza il..... o in corso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data..... /rifugiato politico (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data).....

<sup>3</sup> Genitore (se il beneficiario è un minore), amministratore di sostegno o tutore.

Vista la deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2015, n. 1329, di approvazione delle "Linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per la non autosufficienza per la disabilità gravissime".

Visto l'Avviso per la presentazione delle domande di contributo economico a favore di persone con disabilità gravissime di cui alla deliberazione dell'Assemblea della Società della Salute Fiorentina Nord - Ovest n. \_\_\_\_\_.

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-H) e della possibilità di copertura finanziaria, con predisposizione di una graduatoria in caso di risorse insufficienti.

### **CHIEDE**

di poter beneficiare del contributo economico previsto dalla suddetta deliberazione della Giunta Regionale per le persone in condizione di disabilità gravissima, così come determinato in base alla valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

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,

### **DICHIARA**

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* in data \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ con verbale n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ come persona con *handicap* in situazione di gravità ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104;
3. di avere un ISEE, 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, per le prestazioni di natura sociosanitaria, di importo pari a € \_\_\_\_\_, \_\_, così come risultante dall'attestazione n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;
4. di non essere beneficiario di altri contributi economici erogati da enti pubblici ai fini della permanenza a domicilio;
5. di essere a conoscenza che, ai fini della valutazione della presente domanda da parte dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), sarà predisposta apposita relazione sociale da parte del competente servizio sociale territoriale;
6. 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.

### **DICHIARA INOLTRE**

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.



## MODALITA' DI CONSEGNA DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE

### QUADRO D - PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLLO

La firma del dichiarante è stata apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione (art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445) previa esibizione del seguente documento di identità:

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA (del dipendente addetto a ricevere la documentazione)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il dipendente addetto alla ricezione allega copia del documento di identità esibito.

### OPPURE

### QUADRO E - INVIO PER POSTA O TRAMITE ALTRA PERSONA

Ai sensi degli artt. 38 e 45 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, è possibile inviare la presente dichiarazione, debitamente sottoscritta, allegando obbligatoriamente **fotocopia di un documento di identità valido del dichiarante** o, se scaduto, apponendo in calce alla fotocopia del documento, la dichiarazione che i dati ivi contenuti non hanno subito variazione dalla data del rilascio.

### ALLEGATI

- ] Accertamento della stato di handicap  
 ] Documentazione sanitaria di cui al punto 1) dell'Avviso, ed in particolare:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 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 della Società della Salute di Firenze 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;*
- la Società della Salute Fiorentina Nord - Ovest è il Titolare dei trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali;*
- il Responsabile del trattamento è il Direttore della Società della Salute Fiorentina Nord – Ovest;*
- il personale dei Punti Insieme, del PUA e dell'UVM-H (Unità di Valutazione Multidisciplinare) nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni è incaricato del trattamento dei dati personali.*

