Al Servizio Sociale del

Comune di Gonnosnò

Domanda di accesso all’intervento "Mi prendo cura", complementare al programma regionale "Ritornare a casa plus", di cui alla DGR n. 8/46 del 10.12.2021, in conformità a quanto previsto dalla legge regionale 22 novembre 2021 n. 17.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a Gonnosnò in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

* Per sé stesso

Oppure

In qualità di

* Amministratore di sostegno *–* Tutore *–* Curatore
* Parente
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dati beneficiario (se diverso dal richiedente):

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di essere ammesso/a al programma regionale “Mi prendo cura” per la seguente tipologia di intervento:

 Beneficio economico riconosciuto dal Programma Regionale “Mi prendo cura” finalizzato al rimborso di medicinali, ausili e protesi che non siano forniti dal Servizio Sanitario Regionale e al rimborso della fornitura di energia elettrica e di riscaldamento che non trovano copertura nelle tradizionali a favore dei non abbienti;

 Acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona nelle more dell’attivazione del programma “Ritornare a casa PLUS”.

A TAL FINE

**Consapevole delle sanzioni penali derivanti da dichiarazioni non veritiere, di formazione e di uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R N° 445 del 28 Dicembre 2000 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all’art. 75 del medesimo D.P.R.**

**DICHIARA**

 Che la persona interessata è beneficiaria del Programma Regionale “Ritornare a casa PLUS” attivo nel 2023;

 Che la persona interessata ha un’attestazione Isee sociosanitario anno 2023 pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 Che in data \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha presentato domanda di attivazione di un nuovo progetto "Ritornare a casa Plus" formalmente acquisita dall'Ambito Plus di riferimento, valutata positivamente come da verbale U.V.T. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ed è in attesa dell’attivazione dello stesso da oltre trenta giorni;

□ **A)** Di aver sostenuto le spese certificate dai documenti giustificativi allegati, **per l’annualità 2023**

1. □ **Pagamento fornitura energia elettrica**

per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;

1. □ **Pagamento fornitura di riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro)**

per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura;

1. □ **Pagamento medicinali, ausili e / o protesi ecc**

per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_) di cui € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rimborsato da altra misura.

1. □ in quanto richiedente l’accesso al Programma Ritornare a casa Plus e in attesa da oltre 30 giorni per la sua attivazione, per il rimborso unicamente delle seguenti spese**:**

□ **l'acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona.**

□ **B)** Che tali spese non sono coperte dal SSN e da altre misure a favore dei non abbienti;

Chiede che il suddetto contributo avvenga mediante accredito su conto corrente intestato al beneficiario del progetto, presso la banca /posta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui si allega documento dal quale risulta il corrispondente IBAN.

Allega:

* documentazione attestante il pagamento delle spese effettuate, fatture, scontrini fiscali, ricevute relative a fornitura di medicinali, ausili e protesi relativi all’anno 2022;
* Copia documento di identità in corso di validità del richiedente (Tutore, amministratore di sostegno, Genitore, Figlio ecc.) e del beneficiario;
* Decreto di nomina di tutela o di amministratore di sostegno (eventuale);
* Documento dal quale risulti l’IBAN e il titolare del conto. Si precisa che il conto dev’essere intestato/cointestato al beneficiario;
* Isee socio sanitario del beneficiario in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì

 Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Informativa effettuata ai sensi dell’art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Gonnosnò, con sede in Gonnosnò, Via Oristano n. 30, email: protocollo@comune.gonnosno.or.it , pec: protocollo@pec.comune.gonnosno.or.it , tel. 0783931678, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell’esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all’esercizio dei pubblici poteri propri dell’Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell’Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd “minimizzazione dei dati”, i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

# Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l’Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l’erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all’Albo Pretorio On line (ai sensi dell’art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell’Ente denominata “Amministrazione Trasparente” (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico “generalizzato”, ai sensi dall’art. 5, comma 2, e dall’art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall’Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell’attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell’Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell’Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella **Liguria Digitale S.p.A, Parco Scientifico e Tecnologico di Genova, Via Melen 77, 16152 Genova. E-mail:** **info@liguriadigitale.it** **, Pec:** **protocollo@pec.liguriadigitale.it** **tel: 0106545441.**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all’art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell’allegata modulistica.

L’interessato al trattamento dei dati

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma per esteso)