

CONTRIBUTO PER FAMILIARE CAREGIVER
ANNO 2020

Modulo di DOMANDA a cura della persona assistita

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a..... il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

residente a Firenze, all'indirizzo CAP

tel./cell. / email

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per familiare caregiver previsto dal Comune di Firenze per l'anno **2020**, come da apposito disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 283/2020 e conseguente Avviso approvato con Determinazione Dirigenziale n. 6364/2020.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole della decadenza dei benefici connessi e delle sanzioni penali previste, ai sensi degli articoli 75 e 76 dello stesso DPR, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

DICHIARA quanto riportato nei seguenti Quadri A, B e C:

Quadro A)

1. di avvalersi, ai fini della propria permanenza a domicilio, dell'assistenza fornita dal familiare indicato al successivo Quadro B) (*caregiver familiare*)
2. in caso di ammissione all'erogazione del contributo, di rinunciare al contributo di sostegno alle cure familiari di cui al Regolamento delle prestazioni sociali e sociosanitarie per la domiciliarità in favore della popolazione anziana in condizione di fragilità o di non autosufficienza (approvato con Delibera Assemblea dei Soci della Società della Salute di Firenze n. 3/2016) e previsto dal Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) definito in suo favore dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)
3. di avere preso atto e accettare integralmente i criteri e le condizioni di erogazione del contributo sanciti dal disciplinare approvato con delibera della Giunta Comunale n. 283/2020 e dalla conseguente Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. 6364/2020
4. di non disporre di un assistente personale/familiare (*badante*) addetto all'assistenza alla persona anziana non autosufficiente di riferimento per l'accesso alla prestazione stessa
5. di essere consapevole che la concessione del contributo comunale è incompatibile con la fruizione, nell'anno solare 2020, per un periodo superiore a 90 giorni, delle seguenti ulteriori prestazioni eventualmente previste dal PAP predisposto dall'UVM: ricovero in RSA, centro diurno, contributo per assistenti familiari
6. di essere consapevole che il contributo è condizionato all'effettiva permanenza a domicilio della persona anziana beneficiaria per almeno 270 giorni nell'arco dell'anno solare 2020.

INFORMATIVA PRIVACY – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Il Comune di Firenze, in qualità di titolare (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare la procedura di concessione della prestazione da parte del Comune. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare i rapporti con il Comune, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di concessione della prestazione.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti nella presa in carico sociosanitaria. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea

Il Sub-Titolare del trattamento è il Direttore della Direzione Servizi Sociali, con sede in Viale De Amicis 21, 50127 Firenze (PEC: direzione.servizisociali@pec.comune.fi.it).

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 (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Comune di Firenze - Responsabile della Protezione dei dati personali, Palazzo Medici Riccardi Via Cavour n.1, 50129 Firenze - email: rpprivacy@comune.fi.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Per l'accesso alla prestazione è necessario il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra indicate, dei dati forniti con la presente domanda. Il dichiarante ha la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 13 comma 2 lett. c) del GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

FIRMA per consenso al trattamento dati

IMPORTANTE

IN CASO DI MANCATA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI LA DOMANDA NON POTRA' ESSERE PRESA IN CARICO

OLTRE AL CONSENSO, OCCORRE SOTTOSCRIVERE L'INTERA DOMANDA NELLA PAGINA SEGUENTE

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI*

Il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze previste dall'articolo 75 del medesimo decreto, relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione mendace, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 4 pagine e che quanto in esse espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del suddetto DPR n. 445/2000.

_____ (Luogo)

_____ (Data)

(FIRMA della domanda e delle dichiarazioni)

- Dichiarazione resa in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale (barrare la casella se ricorre il caso).

Indicare i dati anagrafici della persona che dichiara in nome e per conto del soggetto incapace

Cognome Nome

Comune o stato estero di nascita Prov.

data di nascita Comune di residenza

Prov. CAP Indirizzo e n. civico

in qualità di procuratore/tutore/amministratore di sostegno nominato dal

..... con provvedimento n. del

- Dichiarazione resa nell'interesse del soggetto che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dal coniuge o, in sua assenza, dal figlio o, in mancanza di questo, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso).

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig.

..... della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

.....

Il Pubblico Ufficiale

(timbro e firma per esteso)

- Dichiarazione resa da chi non sa o non può firmare e raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante (barrare la casella se ricorre il caso)

Il sottoscritto (pubblico ufficiale) riceve la dichiarazione del Sig.

..... della cui identità si è accertato tramite il seguente documento

.....

Il Pubblico Ufficiale

(timbro e firma per esteso)

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda va presentata esclusivamente presso uno dei **Centri Sociali** del Comune di Firenze, tramite una delle seguenti modalità:

- **consegna a mano**, in busta chiusa, alla portineria del Centro Sociale, dalle ore 9,00 alle ore 12,30 dei giorni lavorativi dal lunedì al venerdì;
- **tramite e-mail** all'indirizzo del Centro Sociale competente (*il centro sociale competente è quello in cui ha sede l'assistente sociale che ha in carico la persona assistita richiedente*)

CENTRO SOCIALE	INDIRIZZO	E-MAIL
Santa Monaca	Via Santa Monaca, 37	cs.santamonaca@comune.fi.it
D'Annunzio	Via D'annunzio, 29	cs.dannunzio@comune.fi.it
Gavinana	Piazza Dalla Costa, 15	cs.gavinana@comune.fi.it
Chiusi	Via Chiusi, 4/2	cs.chiusi@comune.fi.it
Bini	Via Bini, 5/a	cs.bini@comune.fi.it
Piagge	Via dell'Osteria, 8	cs.piagge@comune.fi.it
San Iacopino	Piazza Dalla Piccola, 4	cs.saniacopino@comune.fi.it

Allegare la dichiarazione rilasciata dal familiare caregiver tramite l'apposito modulo

INFORMATIVA PRIVACY – Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR - General Data Protection Regulation) n.2016/679 e dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003

Il Comune di Firenze, in qualità di titolare (con sede in Palazzo Vecchio – Piazza della Signoria, IT-50122 - P.IVA 01307110484; PEC: protocollo@pec.comune.fi.it; Centralino: +39 055055), tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

Il conferimento dei dati presenti nei campi contrassegnati da asterisco è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare la procedura di concessione della prestazione da parte del Comune. Per contro, il rilascio dei dati presenti nei campi non contrassegnati da asterisco, pur potendo risultare utile per agevolare i rapporti con il Comune, è facoltativo e la loro mancata indicazione non pregiudica il completamento della procedura di concessione della prestazione.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione e, successivamente alla conclusione del procedimento o del servizio erogato, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti nella presa in carico socio-sanitaria. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea

Il Sub-Titolare del trattamento è il Direttore della Direzione Servizi Sociali, con sede in Viale De Amicis 21, 50127 Firenze (PEC: direzione.servizisociali@pec.comune.fi.it).

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 (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Comune di Firenze - Responsabile della Protezione dei dati personali, Palazzo Medici Riccardi Via Cavour n.1, 50129 Firenze - email: rpprivacy@comune.fi.it).

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Per l'accesso alla prestazione è necessario il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra indicate, dei dati forniti con la presente domanda. Il dichiarante ha la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 13 comma 2 lett. c) del GDPR.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa sopra riportata, acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente domanda secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

FIRMA per consenso al trattamento dati

IMPORTANTE

IN CASO DI MANCATA SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI LA DOMANDA NON POTRA' ESSERE PRESA IN CARICO

OLTRE AL CONSENSO, OCCORRE SOTTOSCRIVERE L'INTERA DOMANDA NELLO SPAZIO SOTTOSTANTE

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e delle conseguenze previste dall'articolo 75 del medesimo decreto, relative alla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, anche da terzi, sulla base della dichiarazione mendace, dichiaro di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 2 pagine e che quanto in esse espresso è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato decreto, ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione Comunale.

Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione della/e prestazione/i richiesta/e, sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'articolo 71 del suddetto DPR n. 445/2000.

_____ (Luogo)

_____ (Data)

_____ (FIRMA della dichiarazione)

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ DELLA PERSONA ASSISTITA RICHIEDENTE, DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA (SE DIVERSA DALLA PERSONA ASSISTITA) E DELLA PERSONA INDICATA COME *FAMILIARE CAREGIVER*.