



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero,
Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2026

Periodo Ottobre 2026 – Dicembre 2027

RICHIEDITA DI VALUTAZIONE PER L'AMMISSIONE ALLE MISURE DEL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA

persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale (a partire dai 70 anni)
e persone maggiorenni con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

MISURA SOSTEGNO e MISURA SERVIZI ai sensi della DGR XII/6320/2026

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

in qualità di:

☐ diretto interessato

oppure

(da compilarsi solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ altro _____ (specificare)

del beneficiario:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

CHIEDE

di essere ammesso alla Valutazione Multidimensionale

a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti richiesti

di essere nelle seguenti condizioni:

☐ condizioni cliniche e funzionali del beneficiario: _____

☐ bisogni assistenziali, educativi o socioeducativi: _____

☐ di essere assistito al domicilio da un caregiver familiare: *nominativo e grado di relazione con il beneficiario* _____

☐ di essere assistito al domicilio da personale di assistenza con regolare contratto:

n. ore settimanali _____

scadenza contratto in essere _____

☐ dati residenza/domicilio:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)

☐ contatti per le comunicazioni: nominativo _____

indirizzo e-mail _____ tel. _____

☐ dati relativi all'IBAN (compilare pag. 3)

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

Esprime il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo Medico di famiglia (MMG o PLS).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine

ALLEGA

- ☐ Modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- ☐ Copia del documento attestante la condizione di disabilità/non autosufficienza
- ☐ Fotocopia della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario
- ☐ Copia dell'IBAN del beneficiario
- ☐ Copia del contratto dell'assistente professionale o autocertificazione attestante l'adempimento delle funzioni assistenziali continuative e delle prestazioni effettuate in caso di caregiver familiare

Luogo e data

Firma

firma del dichiarante/AdS

AMBITO DISTRETTUALE N. 3 - BRESCIA EST

Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona

Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano Del Colle, Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolato, Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio

Allegato

COMUNICAZIONE DATI ESTREMI PER LA LIQUIDAZIONE (IBAN)

gli estremi per la liquidazione del contributo tramite bonifico sul conto corrente (non Libretti Postali) identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

dichiarando che il medesimo conto corrente è:

- ☐ intestato alla persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato (senza altri cointestatari)
- ☐ cointestato alla persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale o alla persona con disabilità e con necessità di sostegno intensivo elevato, comunicando di seguito i dati relativi al cointestatario

Cognome e nome del cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

Cognome e nome di altro cointestatario, se presente, del conto corrente

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente
