

# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE “VENAFRO”

(Deliberazione del Consiglio Regionale n. 238 del 06 ottobre 2020)

COMUNI ASSOCIATI

(Acquaviva d’Isernia, Castel S. Vincenzo, Cerro al Volturno, Colli al Volturno, Conca Casale, Filignano, Fornelli, Montaquila  
Montenero Val Cocchiara, Pizzone, Pozzilli, Rionero Sannitico, Rocchetta al Volturno, Scapoli, Sesto Campano, Venafro)

## CITTA’ DI VENAFRO

Medaglia D’Oro al Valore Civile

## ENTE CAPOFILA

Allegato n. 15

### MODELLO DI DOMANDA PER PERSONE AFFETTE DA SLA e SMA

All’ Ambito Territoriale Sociale di

**VENAFRO**

per il tramite del Comune di residenza di

\_\_\_\_\_

### DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA REGIONALE FNA 2020

**“FNA 2019-2021. INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E GRAVISSIMA ASSISTITE A DOMICILIO”. ANNUALITA’ 2020- D.G.R. 9 gennaio 2012 n.7 -**

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Email o pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

del paziente in condizioni di disabilità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_

c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di essere ammesso al Programma Regionale FNA 2020 “Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio”, ai sensi della deliberazione di G.R. n. 79 del 06/03/2020 e della DDR n. 7405/2021.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

### DICHIARA

- 1) che il paziente \_\_\_\_\_ è affetto da:
- SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica)
  - SMA (Atrofia Muscolare Spinale)
- come da certificato specialistico allegato;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

- SAD disabili n. ore \_\_\_\_ settimanali
- Assistenza infermieristica \_\_\_\_\_
- Home Care Premium (N. B. la misura è compatibile con quelle previste dal Programma regionale FNA 2019-2021) n. ore \_\_\_\_ mensili/contributo mensile € \_\_\_\_\_.
- Altro specificare \_\_\_\_\_

### ALL’UOPO RICHIEDE

- contributo economico per il care give;  
(da quantificare sulla base dell’impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 09/01/2012 n.7 ).
- servizio di assistenza domiciliare (SAD) quali Servizi di cura ed assistenza domiciliare garantiti attraverso l’Ambito Territoriale Sociale (per un numero di ore variabili da un minimo di 8 ad un max. di 14 settimanali per 52 settimane);
- rimborso quota sociale (€ 38,00 al giorno) per ricovero di sollievo (massimo gg. 15) presso una struttura regionale sociosanitaria o assistenziale, individuata dai familiari;

### DICHIARA ALTRESI’

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all’Ambito Territoriale Sociale di Venafro di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l’ATS di Venafro, per il tramite dell’Ufficio di Piano, ai sensi dell’art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l’eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l’ATS di Venafro per il tramite dell’Ufficio di Piano e/o dell’assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda (comunicare tempestivamente eventuali modifiche alle modalità di pagamento):

**c/c intestato al care giver** \_\_\_\_\_

**indicare eventuale cointestatario** \_\_\_\_\_

bancario IBAN \_\_\_\_\_

postale IBAN \_\_\_\_\_

**ALLEGA  
(a pena di esclusione)**

- **copia documento d'identità** in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- **copia del certificato attestante la patologia rilasciato da una struttura specialistica;**
- **altra documentazione clinica.**

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 E DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'ATS è tenuto.

### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Coordinatore Responsabile dell'ATS Venafro, nella persona del Dott. Antonio Melone domiciliato per la carica in Venafro (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede al Viale San Nicandro n. 15 (Tel. 0865 906801).

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è il Coordinatore/Responsabile dell'ATS Venafro, Dott. Antonio Melone.

### Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio FNA 2020 "Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio" ex DGR n. 79 del 06.03.2020 e DDR n. 7405/2021.

### Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'Ufficio di Piano dell'ATS Venafro, nella persona del Coordinatore Responsabile Dott. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale del Comune Capofila dell'ATS Venafro – Piazza Cimorelli n. 1 - Venafro (IS) - o all'indirizzo pec: [udp@pec.ambitoterritorialevenafro.it](mailto:udp@pec.ambitoterritorialevenafro.it).

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

FIRMA \_\_\_\_\_