



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro

---

## MODELLO PER PERSONE AFFETTE DA SLA

All'Ambito Territoriale Sociale di  
Campobasso

### DOMANDA DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ATTUATIVO FNA 2016

*“Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti  
e pazienti con disabilità severa”*

Deliberazioni di G.R. n. 13 del 20/01/2017 e n. 68 del 03/03/2017

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre )

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
cognome nome  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di essere ammesso al Programma Attuativo FNA 2016 *“Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa”*



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito  
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

---

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 soggetto \_\_\_\_\_ è affetto da SLA, 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			
6			
7			
8			

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

- SAD disabili n. ore \_\_\_ settimanali                       SAD anziani n.ore \_\_\_ settimanali  
 Assistenza Tutelare di Base n.ore\_\_\_ settimanali                       Assistenza Infermieristica  
 Home Care Premium n. ore \_\_\_ mensili/contributo mensile € \_\_\_\_\_.

### ALL'UOPO RICHIEDE

- contributo economico per il *care giver*

( 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 ).

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito  
San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturo

---

## DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma Attuativo, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, 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 Campobasso 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 Campobasso 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:

**accredito in c/c intestato a proprio nome** \_\_\_\_\_

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

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

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

## SI ALLEGANO (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** \_\_\_\_\_



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapivara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

---

### **Informativa ai sensi dell'ART. 13 D. LGS. 196/2003**

#### **1. Finalità del trattamento**

Il trattamento dei dati personali da parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso (di seguito ATS), del Distretto Sanitario di Campobasso e della Regione Molise è finalizzato unicamente alla corretta completa formazione della verifica dei requisiti, con l'osservanza delle disposizioni di legge di cui al Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa".

#### **2. Modalità di trattamento**

Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate nell'art.4 lett. A T.U. sulla privacy; il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

#### **3. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1. L'eventuale rifiuto di conferire i dati comporta l'esclusione dal concorso al Programma Attuativo in parola e l'impossibilità di partecipare alla manifestazione.

#### **4. Comunicazione dei dati**

I dati personali possono essere comunicati solo all'interno dei Comuni facenti parte dell'A.T.S. o da altri Enti coinvolti per le medesime finalità. I dati personali non sono soggetti a diffusione se non nei limiti di quanto previsto al precedente punto 1. I dati personali potranno inoltre essere comunicati al fine di adempiere obblighi di legge ovvero per rispondere a richieste da parte di forze dell'ordine, autorità amministrativa e giudiziaria sia dello Stato Italiano sia dello Stato di provenienza dell'interessato.

#### **5. Diritti dell'interessato**

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 del Codice: l'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

#### **6. Il titolare responsabile del trattamento:**

Titolare del trattamento dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ATS di Campobasso, nella persona del Direttore.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

**acconsento**

**non acconsento**

al trattamento per le finalità descritte al punto 1 dell'informativa,  
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 4 dell'informativa.

Nome e cognome del richiedente \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)