



SOGGIORNI-VACANZA IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA'

Modulo di domanda ANNO 2019

Richiedente:

COGNOME	NOME
_____	_____

Persona di riferimento reperibile

Cognome e Nome

Via..... Città.....CAP.....

tel./cell.*/..... e-mail*

Indirizzo cui inviare eventuali comunicazioni (se diverso da quello di residenza)

Via..... Città.....CAP.....

Eventuale struttura (residenziale o diurna) in cui il richiedente è inserito:

_____ - Tel. _____

Centro Sociale* _____

Assistente Sociale* _____

Spazio riservato alla valutazione del servizio sociale / UVH / Struttura

Valutazione positiva dell'integrazione del progetto personale con la fruizione di soggiorni-vacanza
SI NO

Valutazione sulle necessità di accompagnamento (*indicare una delle opzioni seguenti, solo per i casi che non scelgono la vacanza in autonomia - lettera A della tabella 1 nel Disciplinare*):

- Persona con necessità parziale di accompagnamento (accompagnatore non dedicato)
- Persona con necessità di un accompagnatore dedicato
- Persona con necessità di due accompagnatori dedicati

Note: _____

Firma operatori _____

Scadenza per la presentazione delle domande: 7 GIUGNO 2019
Per informazioni è possibile rivolgersi ai numeri 055/2339508 o 055/2339602

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
Codice Fiscale _____, residente a _____,
indirizzo _____ tel. * _____ / _____

CHIEDE

di essere ammesso al contributo per soggiorni-vacanza in favore di persone con disabilità previsto dal Comune di Firenze per l'anno 2019, come da apposito disciplinare approvato dalla Società della Salute di Firenze con delibera dell'Assemblea dei Soci n. 5/2017 e conseguente Avviso per l'anno 2017 approvato con Determinazione Dirigenziale del Comune di Firenze n. 3237/2019.

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:

A) dichiara, ai fini della dimostrazione dei requisiti d'accesso e della determinazione dell'eventuale graduatoria, il possesso delle condizioni di seguito indicate con apposito contrassegno:

A1) Condizione di invalidità civile e/o handicap in condizioni di gravità:

- Riconoscimento di invalidità civile da 74 a 89 %, (rilasciato da)
- Riconoscimento di invalidità civile da 90 a 100 %, (rilasciato da)
- Riconoscimento di invalidità civile del 100 % con indennità di accompagnamento, (rilasciato da)
- Riconoscimento Handicap in condizioni di gravità ai sensi della L. 104/1992, (rilasciato da)

A2) Eventuale inserimento in strutture residenziali o semi-residenziali

- Di essere ricoverato presso il seguente Istituto residenziale _____
- Di frequentare il seguente Centro Diurno _____

A3) Situazione familiare (si fa riferimento al nucleo familiare anagrafico)

- Vive con genitori con più di 70 anni
- Vive con genitore affetto da grave patologia, documentabile con apposita certificazione sanitaria (da allegare in copia alla domanda)
- Vive da solo o con una o più persone addette alla propria assistenza diverse dai soggetti previsti all'art. 433 del Codice Civile

B) dichiara, ai fini della determinazione della propria disponibilità economica e del conseguente calcolo dell'importo del contributo:

B1) ISEE (indicare una delle due seguenti alternative)

di essere in possesso di attestazione ISEE, il cui importo riferito all'ISEE ordinario è pari a € _____, in base alla dichiarazione sostitutiva unica presentata in data _____

(alternativa, da usare in caso di indisponibilità dell'attestazione ISEE e di imminente scadenza dei termini per la presentazione della presente domanda)

di aver rilasciato in data _____ all'INPS, a un CAF o ad altro intermediario autorizzato la dichiarazione sostitutiva unica (DSU) e di essere in attesa della relativa attestazione. Allega a tal proposito copia della ricevuta di presentazione della DSU.

C) dichiara di non ricevere altri contributi finanziari da parte del Comune di Firenze o di altri soggetti pubblici destinati alla fruizione di soggiorni-vacanza nel periodo estivo e non partecipare a soggiorni-vacanza organizzati nel periodo estivo dai suddetti enti

D) dichiara di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti dei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate secondo quanto previsto dalla normativa vigente e per gli effetti dalla stessa stabiliti, ivi inclusa la decadenza o la revisione dal beneficio concesso

Allo scopo di stabilire la tipologia di contributo da erogare, il **sottoscritto comunica inoltre quanto segue:**

E) Tipologia di contributo (contrassegnare uno dei due seguenti punti)

il/la sottoscritto/a intende richiedere il **contributo di fascia A** rivolto alle persone che scelgono la **vacanza in autonomia, senza accompagnatori**

il/la sottoscritto/a intende richiedere un **contributo di fascia da B ad H**, rivolto alle **persone che necessitano di accompagnatori**, rimandando alla valutazione dei servizi sociosanitari l'individuazione della tipologia specifica. A tal proposito, il sottoscritto comunica inoltre che si avvarrà della seguente tipologia di accompagnatori **(rispondere sia per il caso a. che per il caso b. – il numero di accompagnatori effettivo dipenderà dalla valutazione dei servizi sociosanitari)**:

a) In caso di un accompagnatore a tempo parziale o individuale dedicato

- accompagnatore familiare o volontario
- accompagnatore retribuito

b) In caso di 2 accompagnatori individuali dedicati

- 2 accompagnatori familiari o volontari
- 2 accompagnatori retribuiti
- 1 accompagnatore familiare o volontario e 1 accompagnatore retribuito

F) Durata del soggiorno

Il/la sottoscritto/a intende fruire di un periodo di soggiorno vacanza di:

15 giorni / 14 notti 8 giorni / 7 notti altro (specificare): _____

G) di essere consapevole che il contributo, se riconosciuto, sarà erogato con una prima tranche non eccedente il 50% e una seconda tranche a saldo, successivamente alla rendicontazione delle spese sostenute, nei limiti dell'importo residuo.

H) di avere preso atto, accettandole integralmente, delle condizioni previste dal disciplinare dei contributi economici per soggiorni-vacanza per persone con disabilità, approvato dalla Società della Salute di Firenze con Delibera dell'Assemblea dei Soci n. 5/2017, e dal conseguente Avviso approvato con Determinazione Dirigenziali del Comune di Firenze n. 3001/2018

I) di essere consapevole che:

- I **requisiti d'accesso** al contributo economico per i soggiorni vacanza in favore di persone con disabilità sono i seguenti:
 - *essere residenti a Firenze*
 - *essere in carico ai servizi socio-sanitari di Firenze, con valutazione positiva da parte degli stessi dell'opportunità di integrare il progetto personale con la fruizione di soggiorni-vacanza, ovvero sono inseriti presso una struttura residenziale o semiresidenziale per persone con disabilità convenzionata con Enti pubblici e aver fruito almeno una volta del contributo in questione nel periodo 2015 - 2018;*
 - *avere un'età compresa tra 18 e 65 anni (per garantire continuità, possono comunque essere individuate come beneficiarie persone con più di 65 anni che nel 2016 abbiano usufruito del contributo comunale per soggiorni-vacanza, regolarmente rendicontato);*
 - *disporre dell'attestato di invalidità civile a partire dal 74% e/o del riconoscimento handicap in condizione di gravità ai sensi della legge n. 104/92;*
 - *non ricevere altri contributi finanziari da parte del Comune di Firenze o di altri soggetti pubblici destinati alla fruizione di soggiorni-vacanza nel periodo estivo 2017 o non partecipano a altri soggiorni-vacanza organizzati nel periodo estivo 2017 dai suddetti enti;*
 - *non aver rinunciato ai soggiorni estivi svoltisi nel 2016, senza aver inviato comunicazione secondo le modalità e i tempi previsti dal disciplinare del servizio dello stesso anno o senza aver restituito gli importi erogati e non dovuti.*
- La **rendicontazione** delle spese sostenute dovrà essere presentata all'ASP Firenze Montedomini entro il **31 ottobre 2019**. Salvo giustificati e documentati motivi di impedimento, le rendicontazioni presentate successivamente non potranno essere accettate, con conseguente mancata erogazione del saldo. In assenza di rendicontazione al 31 dicembre 2019, il soggiorno s'intenderà non realizzato e l'anticipo erogato dovrà essere restituito.
- La rendicontazione da presentare ai fini dell'erogazione del saldo dovrà essere suffragata da adeguati formali giustificativi di spesa. I giustificativi di spesa dovranno essere intestati al beneficiario o a chi ne esercita la tutela giuridica o, comunque, espressamente riconducibili al beneficiario stesso o agli accompagnatori (nel numero previsto dalla tipologia di contributo concessa), fatta eccezione per le spese alimentari riferibili al vitto giornaliero, qualora i pasti non vengano fruiti presso locali di ristorazione, ma preparati autonomamente. I giustificativi dovranno, inoltre, essere riconducibili al periodo e alla località in cui è stato effettuato il soggiorno.
- Potranno essere rendicontate le seguenti spese:
 - spese alberghiere (incluse spese per locazioni di alloggi privati);

- spese di ristorazione/vitto nel periodo di soggiorno, riferite ai soli pasti principali (colazione, pranzo e cena);
- spese per servizi di spiaggia;
- spese per la retribuzione degli accompagnatori durante il periodo di soggiorno (da presentare obbligatoriamente in caso di accompagnatori retribuiti);
- spese di viaggio da Firenze verso la località di soggiorno e viceversa;
- spese per attività ricreative organizzate da soggetti terzi (ad esempio, gite di gruppo) durante il periodo di soggiorno;
- spese di organizzazione riconosciute a soggetti del terzo settore (associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali) individuati dai beneficiari per l'organizzazione del proprio soggiorno-vacanza, anche nell'ambito di gruppi organizzati (nel limite massimo di € 100).
- Le spese per la retribuzione degli accompagnatori potranno essere rendicontate esclusivamente tramite documentazione idonea attestante la sussistenza di un regolare rapporto di lavoro o di acquisto di servizi, quale, a titolo esemplificativo:
 - notula quietanzata per prestazione occasionale;
 - busta paga e attestazione del versamento dei contributi previdenziali;
 - fatture da parte di prestatori di servizi.
- Non potranno essere dichiarati come accompagnatori retribuiti i parenti entro il terzo grado.
- Il saldo sarà erogato a concorrenza delle spese complessivamente rendicontate, nei limiti dell'importo del contributo concesso
- In caso di rinuncia al soggiorno, il beneficiario dovrà avvisare tempestivamente l'ASP Montedomini e restituire all'ASP stessa l'importo eventualmente già erogato. Solo in caso di rinuncia per documentati motivi di salute o altri gravi motivi personali, dall'importo da restituire potrà essere trattenuta una quota pari a eventuali caparre o spese relative al soggiorno già sostenute o maturate e non rimborsabili.
- In caso di riduzione imprevista del periodo di soggiorno (partenza posticipata o rientro anticipato) il contributo sarà ridotto in proporzione alla durata effettiva. Solo in caso di rinuncia per documentati motivi di salute o altri gravi motivi personali, all'importo così determinato potrà essere sommata una quota pari a eventuali caparre o spese relative al soggiorno già sostenute o maturate che vengono dimostrate non rimborsabili.
- La rinuncia o la riduzione del periodo di soggiorno dovrà essere comunicata, in forma scritta, all'ASP Montedomini, precisando le motivazioni della stessa.

L) di essere consapevole che in caso di insufficienza o indisponibilità delle connesse risorse finanziarie si procederà a individuare i beneficiari tramite apposita graduatoria e alla concessione dei contributi nei limiti delle risorse stesse.

Altre informazioni* *(si tratta di informazioni facoltative, utili ai fini di una migliore gestione dell'intervento)*

Il/la sottoscritto/a, allo stato attuale, intende organizzare il proprio periodo di soggiorno-vacanza *(indicare la voce prescelta - la scelta non è tuttavia vincolante e può essere successivamente corretta)*:

- autonomamente
- richiedendo un'azione di supporto, se del caso nell'ambito di gruppi organizzati, a un soggetto del terzo settore (associazione di volontariato, cooperativa sociale, ...) disponibile allo scopo e individuato da me medesimo/a o chi mi rappresenta *(indicare quale, se già conosciuto: _____ - Tel.: _____)*

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, dell'ASP Firenze Montedomini (convenzionata con il Comune per la gestione della prestazione) e di altri enti pubblici eventualmente coinvolti. 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: rpdprivacy@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 POTRÀ ESSERE PRESA IN CARICO

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

SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, 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, dichiaro di aver compilato la presente dichiarazione composta da n. 7 pagine, relative alla/e prestazione/i richiesta/e, 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 decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

_____ (Luogo)

_____ (Data)

_____ (Firma)

- 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)

- 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

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Le domande di contributo, debitamente compilate e firmate, dovranno essere presentate entro il **giorno 7 GIUGNO 2019**, con le seguenti modalità:

- a mano presso l'ASP Montedomini, Via dei Malcontenti, 6, in orario 8,30 – 12,30 e 14,00 15,00, tutti i giorni escluso il sabato, la domenica e i festivi;
- a mezzo posta, all'indirizzo: ASP Firenze Montedomini, Via dei Malcontenti, 6 – 50122, Firenze (fa fede la data di ricezione e non quella di spedizione);
- con comunicazione via fax al numero: 055/2339605;
- con comunicazione all'indirizzo di posta elettronica: infotelecare@montedomini.net;
- tramite posta elettronica certificata (PEC), all'indirizzo: segreteria.montedomini@pec.it.

Nei casi in cui la domanda non sia presentata a mano direttamente dal richiedente o da chi ne esercita la tutela giuridica, deve essere allegato documento di identità del richiedente stesso.

FASCE E MASSIMALI DI CONTRIBUTO PER NECESSITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

CATEGORIA	NECESSITA' DI ACCOMPAGNAMENTO	IMPORTO MASSIMO
A	Persone che scelgono la vacanza in autonomia, senza accompagnatori	€ 750
B	Persone con necessità parziale di accompagnamento (accompagnatore non dedicato) <i>- accompagnatore non retribuito (familiare o volontario) -</i>	€ 1.000
C	Persone con necessità parziale di accompagnamento (accompagnatore non dedicato) <i>- accompagnatore retribuito -</i>	€ 1.500
D	Persone con necessità di un accompagnatore dedicato <i>- accompagnatore non retribuito (familiare o volontario) -</i>	€ 1.250
E	Persone con necessità di un accompagnatore dedicato <i>- accompagnatore retribuito -</i>	€ 2.300
F	Persone che necessitano di due accompagnatori dedicati <i>- accompagnatori non retribuiti (familiari o volontari) -</i>	€ 1.750
G	Persone che necessitano di due accompagnatori dedicati <i>- 1 accompagnatore retribuito e 1 non retribuito (familiare o volontario) -</i>	€ 2.800
H	Persone che necessitano di due accompagnatori <i>- 2 accompagnatori retribuiti -</i>	€ 3.850