

Spett.le Comune di _____

Richiesta di accesso alla misura FNA – B2 a favore di adulti e anziani non autosufficienti (DGR n.5791 del 21 dicembre 2021)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

tel _____ e-mail _____

in qualità di

diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

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

genitore

figlio/a

coniuge

altro _____ (specificare)

del/la Sig./Sig.ra affetto/a grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

tel _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione di:

- buono sociale mensile, anche a diversa entità, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfacimento);

- buono sociale mensile, anche a diversa entità, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale (“badante”) impiegato con regolare contratto;
- buono sociale mensile alternativo ai punti 1 e 2 per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità grave, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l’ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto e in presenza dei requisiti ministeriali richiesti dal Pro.Vi. e in relazione alla progettualità di vita indipendente condivisa tra Ambito e ASST.

DICHARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- ha già beneficiato della misura B2 nell’annualità precedente
 - Si
 - No
- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell’art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all’art.3, comma 3 della L.104/1992 all’ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell’indennità di accompagnamento (di cui allega documentazione completa);
- presenta una situazione economica certificata dall’attestazione ISEE sociosanitario (D.Lgs. 159/2013) o da simulazione effettuata mediante sito INPS non superiore a € 25.000,00 o non superiore a € 30.000,00 (solo in caso di attivazione di progetti di vita indipendente) e precisamente di: € _____ (come da attestazione/simulazione allegata¹);
- individua come caregiver familiare il/la sig./ra _____ (cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità) Codice Fiscale _____ che dedica _____ ore al giorno alla funzione di caregiver
- si avvale di personale di assistenza (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, babysitter, educatore...) regolarmente assunto:

NO

SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XI/5791 del 21/12/2021- allegati:

- Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)
- Part-time (_____ totale ore settimanali)

Con validità dal _____ a _____

(*inserire data inizio*) (*inserire data di fine, se prevista, o dicitura “tempo indeterminato”*)

e pertanto s’impegna a presentare regolare attestazione dei contributi versati (ultimo trimestre) e/o evidenza delle fatture pagate ad ente terzo/ professionista (ultimi tre mesi)

DICHARA

che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

¹ Si segnala che per ottenere l’ISEE molti casi i CAAAF sono disponibili anche con modalità on line e che la Dichiarazione può essere anche presentata direttamente dal richiedente per via telematica sul sito INPS, utilizzano il PIN dispositivo.

1. FREQUENTA la scuola secondaria di secondo grado NO SI
2. È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale NO SI
(es. Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...)
3. È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, ...)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura), nei seguenti giorni _____

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- *Servizi domiciliari comunali:* NO SI
specificare quali e per quante ore _____
 - *Voucher CDI* NO SI
 - *misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018)* NO SI
eventuale data di dimissione ____ / ____ / _____
 - *sostegni DOPO DI NOI_ (ex dgr 3054/2020)* NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
 - *buono progetti vita indipendente* NO SI
specificare con quale di misura _____
 - *misura bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018)* NO SI
 - *voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017)* NO SI
 - *misura Home Care Premium/INPS* NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
 - *misura BI (ex DGR n. XI/4138/2020)* NO SI
eventuale data di dimissione ____ / ____ / _____
 - *altri contributi economici/misure di sostegno* NO SI
specificare _____
 - *altri servizi* NO SI
specificare quali e con che frequenza _____
- di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
 - di esprimere 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;
 - di essere consapevole ed accettare che l'accesso in graduatoria che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale della persona beneficiaria

dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda IADL, ADL e scheda provinciale di valutazione sociale);

- di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di accesso stabiliti nel Bando;
- di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del buono, a condividere, e possibilmente sottoscrivere, un progetto assistenziale individualizzato esito della valutazione concordato dall'utente/caregiver familiare con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;
- di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il buono non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono/voucher;
 3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
- in caso di mancata presentazione dell'attestazione ISEE entro i termini di presentazione della domanda, di impegnarsi a perfezionare la domanda mediante presentazione dell'attestazione ISEE entro 30 giorni dalla data di scadenza del presente avviso, pena l'esclusione dal contributo;
A tal proposito dichiara di aver presentato copia della **vecchia certificazione dell'ISEE** con allegato copia della ricevuta di richiesta al CAF attestante l'appuntamento il giorno ___/___/_____ alle ore _____
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dall'Avviso pubblico²;
- di comunicare, ai fini dell'accreditamento del buono, gli estremi di pagamento:

❖ conto corrente bancario n. _____ intestato a _____
Codice Fiscale _____ IBAN

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i nominativo dei titolari e relativi codici fiscali:

Nominativo _____ CF _____
Nominativo _____ CF _____
Banca _____ agenzia di _____

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.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE sociosanitario, compreso quello corrente, in corso di validità alla data di presentazione della domanda
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante *(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)*
- copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza (e copia del versamento contributi previdenziali (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- dichiarazione della struttura semiresidenziale in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(SOLO se frequentante)*

A cura dell'assistente sociale

Descrizione sintetica della situazione

Luogo e data

data

L'assistente sociale

firma del dichiarante