

Spett.le Comune di _____

Richiesta di accesso alla misura FNA – B2 a favore di ADULTI E ANZIANI in condizioni di grave disabilità o in condizione di non autosufficienza (DGR n.7751 del 28 dicembre 2022)

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 _____

in via/piazza _____ n° _____

tel _____ e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione di:

- buono sociale mensile per caregiver familiare** finalizzato a compensare le prestazioni assicurate dal solo caregiver familiare.
- buono sociale Assistenti famigliari** per persone che si avvalgono di personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di caregiver familiare;
- buono sociale a sostegno di progetti di vita indipendente**, in alternativa ai buoni sociali di cui sopra, per persone che si avvalgono 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;
- voucher sociale Adulti/Anziani** per interventi che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione di adulti e anziani con disabilità con appositi progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver.

DICHIARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- ha già beneficiato della misura B2 nell'annualità precedente
 - Si
Se sì, specificare per quale beneficio _____
 - 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) 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 allegata);
- 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:

Sì, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XI/7751 del 28/12/2022-
allegati:

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

Con validità dal _____ a _____ (*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)

No

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

FREQUENTA la scuola secondaria di secondo grado NO SI

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, ...)

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 Sì, per un totale ore settimanale di _____ 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 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 B1* (ex DGR n. XI/5791/2021) NO
 SI
- *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/voucher 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/voucher 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/voucher 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.

- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dall'Avviso pubblico;
- di trasmettere in allegato, ai fini dell'accREDITAMENTO del voucher sociale, gli estremi dell'Ente gestore la progettualità individualizzata condivisa;
- di comunicare, ai fini dell'accREDITAMENTO del buono, gli estremi di pagamento¹:

❖ conto corrente IBAN _____

Banca _____ agenzia di _____

intestato a _____ C.F. _____

Residente a _____ in via _____

Nel caso di conto corrente cointestato indicare i dati dei titolari:

Nominativo _____ CF _____

Residente a _____ in via _____

Nominativo _____ CF _____

Residente a _____ in via _____

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)*

¹ Non è possibile effettuare bonifici su libretti postali

- modello ISEE socio-sanitario, 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.
- 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), copia del documento d'identità della persona assunta.

A cura dell'assistente sociale del Servizio Sociale del Comune:

Descrizione sintetica della situazione

Luogo e data

L'assistente sociale

firma del dichiarante