**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 si, 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:

🞏 Si, 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 SI, 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 acceso 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 pagamento[[1]](#footnote-1):

|  |
| --- |
| * 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)*

* 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.
* 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

1. Non è possibile effettuare bonifici su libretti postali [↑](#footnote-ref-1)