

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI - MISURA B2

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO – DRG XII/3719 del 30.12.2024

AL COMUNE DI

e-mail

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

Prov.

il

C.F.

residente a

in Via

n.

Tel.

e-mail

C H I E D E

A favore di:

☐ Se stesso

☐ Della persona

☐

persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale

☐

persona adulta con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

☐

persona minore con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

nato/a a

Prov.

il

C.F.

residente a

in Via

n.

Tel.

e-mail

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



In qualità di:

☐ Genitore

☐ Genitore affidatario (decreto n. del Tribunale)

☐ Amministratore di sostegno (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Tutore (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Curatore (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Familiare

☐ Altro

di poter accedere alla valutazione degli interventi di sostegno e supporto previsti dalla MISURA B2 per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita di seguito riportati (i buoni non sono tra loro cumulabili):

☐ **BUONO SOCIALE mensile CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal **SOLO caregiver familiare**;

☐ **INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI -Assistenza diretta** (non indicabile in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato)

☐ **BUONO SOCIALE mensile PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO** (anche in presenza di caregiver familiare) – Obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento contributi previdenziali;

☐ **BUONO ASSEGNO DI AUTONOMIA** finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente a favore di persone maggiorenni che intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza supporto di caregiver familiare ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e impiegato con regolare contratto. I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità. Il progetto deve prevedere l'assunzione contratto (obbligatorio allegare copia contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento dei contributi previdenziali);

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DICHIARA

1. che il beneficiario dell'intervento è:

☐ **persona in condizioni di gravità** così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 (in caso di assenza del verbale che attesti tale dichiarazione, può essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile);

☐ di cittadinanza italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;

☐ **in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00 (solo per**

Assegno per l'Autonomia ISEE ≤ 30.000), ammontante ad € **pratica n.**

data attestazione: **; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.**

☐ **in possesso di ISEE ordinario (in caso di minore disabile), ovvero ISEE minorenni in corso di validità, non superiore ad € 40.000,00, ammontante ad €** **pratica n.**

data attestazione: **; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.**

DICHIARA ALTRESÌ

2. che il beneficiario dell'intervento:

☐ Frequenta l'Unità d'offerta semi-residenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....), anche di natura sperimentale situata nel Comune di

☐ con con integrazione costi a carico del Comune e/o del Sistema Socio-sanitario;

☐ Non è ricoverato con modalità definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

☐ Non percepisce la Misura B1;

☐ Non percepisce contributo da risorse Progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;

☐ Non beneficia di ricovero di sollievo con il costo del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

☐ Non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

☐ Non beneficia della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;

☐ Non beneficia della misura Home Care premium/INPS.

3. Individua come caregiver familiare il/la Sig/ra (cognome e nome)

specificare grado parentela Codice fiscale

(allegare documento d'identità) che dedica ore al giorno alla funzione di Caregiver (vedi nota in avviso).

- ☐ La concessione dei benefici economici di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un Progetto Individuale - tra le parti (operatori del Comune e ASST, richiedente/rappresentante legale o familiare) che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica.
- ☐ La predisposizione del Progetto Individuale è preceduta dalla valutazione multidimensionale effettuata anche in modalità integrata con ASST e che in fase di valutazione multidimensionale sarà verificata l'appropriatezza degli interventi richiesti.
- ☐ Nel caso in cui la valutazione multidimensionale evidenziasse l'assenza di bisogno assistenziale o di cura non si procederà alla stesura del Progetto Individuale ed alla conseguente erogazione dei benefici economici.
- ☐ I Progetti possono essere modificati nel tempo conseguentemente al mutare della situazione;
- ☐ Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.
- ☐ L'Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
- ☐ L'Ufficio di Piano provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite nell'Avviso.

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.

che il contributo dovuto venga accreditato presso (non indicare IBAN di libretti postali utilizzabili solo per l'accredito delle pensioni):

[illegible]

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la Misura B2 al seguente indirizzo email:

addì

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità rilasciato il da

Allegati:

- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) - versione integrale
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle L. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 – versione integrale
- In caso di assenza dei verbali sopra riportati potrà essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale).
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali del personale regolarmente assunto.
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Titolo di soggiorno del beneficiario
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di

– posta elettronica certificata:

– tel

provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di

anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune

di e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.