

# DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



## DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI

### MISURA B2

**PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE Triennio 2019-2021/Annualità 2021.**

Al C o m u n e di Solbiate Arno e-mail : [servizisociali@comune.solbiate-arno.va.it](mailto:servizisociali@comune.solbiate-arno.va.it)

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 non autosufficiente / grave disabilità
- Persona con disabilità grave per progetto di vita indipendente
- Minore con disabilità non autosufficiente

nato/a a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel.

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

L'assegnazione/erogazione del seguente intervento (**barrare selezionando un unico intervento ad eccezione dell'integrazione una tantum al caregiver familiare**):

- **buono sociale** mensile, anche a diversa intensità, da un minimo di €. 20,00 fino ad un importo massimo di euro 165,00 per interventi finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal *caregiver* familiare:
  - Integrazione una tantum al buono caregiver familiare in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato complessiva pari a € 300,00 (obbligatorio allegare contratto di lavoro e copia ultimo versamento dei contributi previdenziali) **barrare se richiesto**;
- **buono sociale** mensile da euro 85,00 ad euro 165,00 finalizzato al sostegno delle spese di retribuzione per personale di assistenza assunto con regolare contratto (obbligatorio allegare contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali);
- **buono sociale** mensile fino ad un importo massimo di euro 800,00 per sostenere progetti di vita indipendente di persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, con disabilità grave e con capacità di esprimere la propria volontà, che vivono sole al domicilio e intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il 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.
- **voucher sociale una tantum** fino ad un importo massimo di euro 500,00 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico. Il presente voucher non può finanziare attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre/post-scuola e trasporto.

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

#### DICHIARA

1) che il beneficiario dell'intervento è:

- **persona non autosufficiente** così come risultante dal verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988;
- **persona con disabilità grave** così come risultante dalla certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (qualora in attesa di definizione dell'accertamento la relativa

certificazione dovrà essere depositata entro e non oltre il termine di scadenza del 31/05/2021, pena la non ammissibilità della domanda);

- **persona con disabilità grave** con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per il solo intervento di cui all'art. 6 punto c) delle Linee Guida;
- 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**, ammontante ad € \_\_\_\_\_ pratica n. \_\_\_\_\_ data attestazione: \_\_\_\_\_; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.
- di non essere al momento in possesso di Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità e di impegnarsi a far pervenire l'Attestazione ISEE 2021 entro e non oltre il 31 Maggio 2021, pena non ammissibilità della domanda.
- **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.
- (in caso di minore disabile ) di non essere al momento in possesso di Attestazione ISEE ordinario, ovvero ISEE minorenni, in corso di validità e di impegnarsi a far pervenire l'Attestazione ISEE 2021 entro e non oltre il 31 Maggio 2021, pena non ammissibilità della domanda.

Dichiara altresì

**2)** che il beneficiario dell'intervento:

- Frequenta l'Unità d'offerta semiresidenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....) \_\_\_\_\_ situata nel Comune di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali con costi:
  - a proprio carico;
  - Con integrazione costi a carico del Comunale e/o del Sistema del 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 percepisce Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015;

**3)** Individua \_\_\_\_\_ come caregiver familiare il/la \_\_\_\_\_ Sig/ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Specificare grado parentela o vicinanza \_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_

(allegare documento d'identità) che dedica \_\_\_\_\_ ore al giorno alla funzione di Caregiver.

**4)** di essere a conoscenza che:

- 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



