

AL COMUNE DI _____

Oggetto: **Richiesta di accesso alla MISURA B2_ A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO, FNA 2024_esercizio 2025**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il Residente a

in Via /Piazza CF

Tel. mail

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il/la Sig/ra

nato/a..... il e residente a

in Via /Piazza CF

Tel..... mail

Rispetto al beneficiario il richiedente è

DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA B2_ A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO

Allo scopo si dichiara che il sottoscritto, o la persona per cui si chiede la misura, qualora fosse beneficiario del contributo:

☐ RICHIEDE GLI INTERVENTI MISURA B2 PER LA PRIMA VOLTA

☐ HA GIA' BENEFICIATO DI INTERVENTI MISURA B2 CON ANNUALITA' PRECEDENTI

Elemento di priorità

PERSONA BENEFICIARIA, NELL'ANNUALITA' PRECEDENTE, DEL BUONO ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO

☐ SI ☐ NO

DICHIARA INOLTRE CHE

☐ ha un Isee di €

☐ non ha ancora l'Isee e si impegna a presentarlo entro la data di scadenza del bando.

☐ si trova in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, ovvero è beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988

☐ Frequenta il Centro Diurnocon retta mensile a **totale carico** della Pubblica Amministrazione con frequenza

- ☐ a tempo pieno
☐ a tempo parziale

☐ NON frequenta un Centro Diurno

☐ È destinatario di progetti/o ex fattispecie L.162/98 nell'anno in corso

Ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

- ☐ Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
☐ Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
☐ Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
☐ Presenza nel nucleo di un solo componente adulto o di soli minori oltre al beneficiario
☐ Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario

La tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

ASSISTENZA INDIRETTA

☐ **Buono sociale mensile caregiver familiare**

nominativo caregiver

grado di parentela

☐ **Buono sociale mensile per assistente familiare regolarmente impiegato**

- ☐ contratto fino a 20 ore;
☐ contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore;
☐ contratto oltre le 39 ore;

☐ **Assegno autonomia per progetti di vita indipendente** (con l'ausilio di un assistente personale con regolare contratto)

ASSISTENZA DIRETTA

Interventi sociali integrativi

☐ **Supporto e sollievo ai caregiver familiari** (allegare Modulo 2)

☐ **Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente** (allegare Modulo 2)

Sta usufruendo dei seguenti servizi, **INCOMPATIBILI** con la Misura B2:

- ☐ Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
☐ Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
☐ Misura B1;
☐ Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
☐ Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;

- ☐ Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- ☐ Prestazione universale di cui agli artt.34-36 del Dlgs 29/2024;
- ☐ Home Care Premium/INPS HCP.

Sta usufruendo dei seguenti servizi **COMPATIBILI** con la Misura B2:

Interventi di assistenza domiciliare:

- ☐ Servizio Assistenza Domiciliare (SAD-SADH)
- ☐ Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- ☐ Educativa Domiciliare Minori (ADM)
- ☐ Servizio Educativo Domiciliare Disabili (SADEH)
- ☐ Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
- ☐ Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo
- ☐ Ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
- ☐ Progetti "Dopo di noi" (specificare quali spese)
- ☐ Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l. r. n. 15/2015
- ☐ Progetti di intervento a sostegno della famiglia, anche in ottica di sollievo, che offrono alla persona con disabilità di poter trascorrere fuori casa alcune ore per attività di supporto, socializzazione e svago realizzate presso ad es. CDD, RSD, CSE ecc. oppure organizzate da Enti del Terzo Settore in raccordo con i Comuni/Ambiti, senza configurarsi in termini di una presenza più organizzata quantificata fino a 18 ore settimanali

Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

- ☐ presso la propria abitazione
- ☐ ricoverato presso la struttura denominata:

In caso di concessione del beneficio si chiede che il pagamento avvenga:

- ☐ Direttamente al beneficiario, sul c/c di cui si allega IBAN
- ☐ Come da delega allegata dal beneficiario/ads/tutore, sul c/c di cui si allega IBAN

al Sig./ra COGNOME_____NOME_____

residente nel Comune di _____

in Via _____ n. _____ cap _____ prov. _____

Tel. _____ C.F. _____

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

È fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **PRENDE ATTO** che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

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 mediante supporti cartacei e/o attraverso mezzi informativi. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- operatori degli uffici Asst afferenti ad Ats, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento delle attività istituzionali;
- operatori degli uffici Ats, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento delle attività istituzionali;
- società/enti /aziende accreditate e contrattualizzate per l’erogazione del voucher sociosanitario e nominate responsabili del trattamento dei dati personali;
- società/enti /aziende che per conto di Ats, forniscono servizi specifici elaborativi che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell’ente do attività necessarie all’esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Ufficio di Piano, nell’ambito delle verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socioassistenziali con i servizi sociosanitari;
- suo medico di famiglia (MMG o pediatra)

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

- **PRENDE ATTO**, inoltre, che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni;

- **PRENDE ATTO** che la certificazione Isee deve essere consultabile entro la data di chiusura del bando, pena l’esclusione dalla graduatoria.

Luogo e data

Firma

ALLEGA

- *Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L. 18/1980;*
- *Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST;*
- *Eventuale certificato di invalidità superiore al 74% di altri componenti il nucleo familiare del beneficiario;*
- *Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto;*
- *Copia del documento d'identità del beneficiario e del firmatario (se persona diversa);*
- *Codice IBAN rilasciato dalla Banca;*
- *Eventuale Delega alla riscossione del contributo da persona diversa dal beneficiario;*
- *Se richiesto buono sociale caregiver: copia del documento d'identità del caregiver familiare;*
- *Se richiesto buono sociale assistente familiare/assegno autonomia: copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare in cui sia chiaramente riportato il costo del servizio o documentazione relativa al contratto di fornitura del servizio di assistenza da parte di soggetto terzo (es Cooperativa) e copia ultima busta paga.*

Data _____

Firma _____