

**MODELLO DI DOMANDA**

Al Comune di

(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA DI EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO**

**ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE**

**ai sensi della misura B2 della DGR n. 2033 del 18/03/2024 di Regione Lombardia**

**IL/I RICHIEDENTE/I**

Il/la sottoscritto/a (cognome)…………………………….(nome)……………………………..…………..

nato/a ……………………………………………..…………. prov. ……… il ….…….

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n .….……

telefono……………………… codice fiscale……….……………………………..

in qualità di..............................

Il/la sottoscritto/a (cognome)…………………………….(nome)……………………………..…………..

nato/a ……………………………………………..…………. prov. ……… il ….…….

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n .….……

telefono……………………… codice fiscale……….……………………………..

in qualità di............................

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato**

cognome ………………………………….…… nome ……………….……….…………….…

nato/a a ….………………………..………….. prov. ……….. il …….…………………….

residente a ........................ in via / piazza …………………………….………………. n. ……..…... codice fiscale ………..…….……………………………..……

**CHIEDE/CHIEDONO**

in attuazione della DGR 2033/2024, dell’avviso pubblico prot. n. del e tenuto conto del “Regolamento per l’accesso ai titoli sociali” approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto socio sanitario di Varese, l’assegnazione di:

**ASSISTENZA INDIRETTA(selezionare una sola opzione)**:

□ **BUONO SOCIALE** mensile per caregiver familiare;

**□ BUONO SOCIALE** mensile per acquistare le prestazioni da assistente personale

regolarmente impiegato;

**□ BUONO SOCIALE** mensile per persone con disabilità grave che intendono realizzare un progetto di vita indipendente senza il supporto del caregiver famigliare con l‘ausilio di un assistente personale, autonomamen-

te scelto e regolarmente impiegato e in presenza die requisiti ministeriali richiesti dal Pro.vi.

**ASSISTENZA DIRETTA - INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI**:

**□** Prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio \* ;

**□** Interventi di ricovero temporaneo in struttura residenziale – a titolo di rimborso spese debitamente documentate;

□ Prestazione socio-educativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al “sollievo”;

In fede,

(Luogo e data)…………………………………………………

(firma)

**………………………………………………**

**(firma)...........……………………….........**

\*in qualità di integrazione di un SAD già attivo o come interventi aggiuntivi per garantire il supporto/sostituzione del caregiver familiare

**ALLEGATO ALLA DOMANDA A FAVORE DEL MINORE….......................................PRESENTATA IN DATA............................................**

**IL/I SOTTOSCRITTO/I**, consapevole/i delle responsabilità penali assunte ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell’art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA/NO CHE**

il minore (beneficiario)…………………………………..…………………………………..

1. È in possesso di attestazione ISEE (per prestazioni agevolate rivolte a minorenni) in corso di validità, pari a € ………………. ;
2. è stato riconosciuto in condizione 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;
3. Frequenta servizi semi-residenziali (es. CSE, SFA, CDD, CDI..):

□ NO □ SI, quale………. ore settimanali…………… con contributo a carico dell'ente pubblico: □ SI □ NO

1. Il nucleo famigliare anagrafico è cosi composto (nome e cognome, tipo di parentela) ……………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Indicare nominativo e grado di parentela del caregiver familiare:………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Indicare il n. ore giornaliere di assistenza del caregiver sopra indicato:…….………
4. Tipologia di assistenza attiva erogata dal caregiver :

□ igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza

□ alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)

□ mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti)

□ gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio...)

□ supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

1. Tipologia di presenza dell’ assistente personale regolarmente impiegato (indicare se presente):

□ nessuno

□ 24 H

□ Tempo pieno > 7 ore

□ Tempo parziale < 7 ore

□ Qualificato 24 h

□ Qualificato tempo pieno> 7 ore

□ Qualificato tempo parziale< 7 ore

□ Altro

1. Utilizza altri servizi:

□ Ricovero di sollievo RSA/RSD (in caso indicare se il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale SI □ NO □) – indicare n. giorni………

□ ADI

□ SAD

□ Sostegno ‘‘Dopo di Noi‘‘ \*

□ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell’infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola secondaria II grado

□ Riabilitazione ambulatoriale

□ Riabilitazione domiciliare

□ Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo

□ Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale

□ Bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r.

n. 15/2015 \*

□ Altro, specificare ………………………………….

\*Per specifici requisiti di accesso e compatibilità con la misura si rimanda alla DGR 2033/2024

1. In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una della seguente modalita di riscossione:

Accredito sul conto corrente bancario o postale numero:……………..

banca/uff. postale ………………………………………

agenzia / filiale …………..…..….……comune di ………………………

codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

intestato a ……………..…………………………….…………………………..…………………..…

**N.B.: il conto corrente deve essere intestato o co-intestato alla persona maggiorenne ed in grado di intendere e di volere; per i residenti nel Comune di Varese se il conto corrente non è intestato al/i genitore/i occorre compilare modulo di delega per la riscossione.**

**Si raccomanda inoltre l'inserimento di IBAN relativo a un conto corrente, in quanto non è possibile l'accredito del buono su libretti di risparmio.**

**IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE A:**

1. autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio periodico sull’assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati nel

progetto di intervento;

2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il

titolo sociale di cui ha beneficiato;

3. comunicare tempestivamente (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:

* eventuale decesso;
* eventuale trasferimento di residenza del beneficiario in altra Regione;
* modifica della composizione del nucleo familiare;
* aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo

familiare;

* accesso a misure e/o a interventi che determinano un’**incompatibilità** con la presente misura:

- 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;

- Home Care Premium/INPS HCP

-Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi art. 8 dei criteri per l’erogazione dei titoli sociali del Piano di Zona del Distretto di Varese.

In fede,

(luogo e data)…………………………………………………

(firma)

…………………………………………………………………

(firma)….................................................................................

INFORMATIVA DATI PERSONALI

Nel rispetto della normativa di riferimento regolamento UE 679/2016 ,del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e del decreto legislativo 101/2018 in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell’erogazione delle misure previste dalla DGR 2033/2024 riguardanti l'utilizzo del FNA e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dei Comuni dell’Ambito Territoriale del Distretto di Varese, dell‘ Ufficio di Piano e dei servizi ASST e ATS competenti in materia, anche con l’ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto dell’informativa il/la sottoscritto/a dichiarante ……….………………………………

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

In fede,

(luogo,data).........………………………………….

(firma)...........…………………………………………

(firma)...........…………………………………………

Si allega:

□ Copia **carta di identità del richiedente;**

□ Copia **carta di identità del beneficiario** o di chi ne garantisce la protezione giuridica;

□ Copia **certificato d’invalidità** del beneficiario che attesti la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’**art. 3, comma 3 della legge 104/1992** ovvero **l’indennità di accompagnamento**, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, **in corso di validità.**

**N.B.** Se si è in attesa di appuntamento per la revisione prevista dal verbale, portare comunicazione dell’INPS;

□copia dell’IBAN fornita dall’istituto Postale/Bancario

□ (SE PRESENTE) Copia del contratto dell’assistente familiare regolarmente assunto, con indicazione del numero di ore di servizio della badante;

□ (SE PRESENTE) Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela/Amministrazione di sostegno);

□ (SE PRESENTE) Modulo di delega per la riscossione del contributo (solo per i residenti del comune di Varese), con relativi allegati.

ALLEGATO 1– MODULO DI DELEGA A FAVORE DEL MINORE

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Comune di Varese

Area V Servizi alla Persona

Via Orrigoni 5

21100 VARESE

Il/la sottoscritto/a ..............................................nato a........................ il...................... residente a Varese in via/piazza ............................n.........

codice fiscale....................................................................

**beneficiario del contributo comunale misura B2 a favore del/la minore** ............................

in qualità di ……………….

Il/la sottoscritto/a ..............................................nato a........................ il...................... residente a Varese in via/piazza ............................n.........

codice fiscale....................................................................

**beneficiario del contributo comunale misura B2 a favore del/la minore** ............................

in qualità di ……………….

C H I EDE

che detto contributo sia liquidato a favore di ..........................

nato a..................... il .......................

residente a ......................................... in via/piazza ........................ n.........

codice fiscale................................................................

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

In fede,

..............................................................(firma)

..............................................................(firma)

Varese, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* carta d’identità fronte/retro del beneficiario delegante;
* carta d’identità fronte/retro del delegato;
* copia dell’IBAN fornita dall’istituto Postale/Bancario.