

MODELLO DI DELEGA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Al Comune di Varese
Area V Servizi alla Persona
Via Orrigoni 5
21100 VARESE

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome).....
nato/a a.....prov. il..... residente a
.....(.....) in via/piazza.....
.....n.....
codice fiscale.....

DELEGA

Il/la sig./sig.ra (cognome).....(nome).....
nato a.....prov..... il
residente a(.....) in via/piazza
n.....
codice fiscale.....

a presentare domanda di erogazione di misure a favore degli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone in condizione di disabilità grave – Misura B2 dgr 2033/2024 per le seguenti misure.....

(Luogo e data)....., il.....

Firma delegante

Si allega documento d'identità del delegante.



Barasso
Bodio Lomnago
Brinzio

Casciago
Cazzago Brabbia
Comerio

Galliate Lombardo
Inarzo
Lozza

Luvinate
Malnate
Varese

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

RICHIEDENTE

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

.....

nato/a prov. il

residente in (comune) via n .

.....

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

in qualità di :

☐ beneficiario ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se munito di delega)

cognome nome

nato/a prov. il

residente a in via / piazza n.

.....

telefono codice fiscale

CHIEDE

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 familiare con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato e in presenza dei 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 “sollevio”;

In fede,
(Luogo e data).....

(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 SIG./SIG.RA.....PRESENTATA IN DATA.....

IL DELEGATO, consapevole 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 CHE

il sig/la sig.ra (beneficiario).....

1. È in possesso di attestazione ISEE (per prestazioni socio sanitarie) 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
4. Il nucleo familiare anagrafico è così composto (nome e cognome, tipo di parentela)
.....
.....
.....
.....
.....
5. Indicare nominativo e grado di parentela del caregiver familiare:
.....
.....
6. Indicare il n. ore giornaliere di assistenza del caregiver sopra indicato:.....

7. 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)
8. 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
9. 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 *

- 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 delegato/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)

.....

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).....

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 DI ADULTI E ANZIANI

Varese, _____
Al Comune di Varese
Area V Servizi alla Persona
Via Orrigoni 5
21100 VARESE

Io sottoscritto.....nato a..... il.....residente a
Varese in via/piazza..... n.....
codice fiscale.....
beneficiario del contributo comunale misura B2

CHIEDO

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:

[illegible]

In fede,

.....(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.