

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 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 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 "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
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 *
 - ☐ Altro, specificare

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

10. 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 / filialecomune di
 codice IBAN:

[illegible]

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/anato a..... il.....
residente a Varese in via/piazzan.....
codice fiscale.....
beneficiario del contributo comunale misura B2 a favore del/la minore
.....
in qualità di

Il/la sottoscritto/anato a..... il.....
residente a Varese in via/piazzan.....
codice fiscale.....
beneficiario del contributo comunale misura B2 a favore del/la minore
.....
in qualità di

C H I E D E

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.