

MODELLO DI DELEGA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Al Comune di Varese
Area V Servizi alla Persona
Via San Giusto n. 6
21100 VARESE

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

DELEGA

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome).....
nato/a 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 3719/2024 per le seguenti misure.....

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

Firma delegante

Si allega documento d'identità del delegante.

Al Comune di
(comune di residenza del potenziale 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. 3719 del 30/12/2024 di Regione Lombardia**

RICHIEDENTE

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

CHIEDE

in attuazione della DGR 3719/2024, dell'avviso pubblico prot. n. 43956 del 22/04/2025 e tenuto conto del "Regolamento per l'accesso ai titoli sociali" approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto Sociale di Varese, l'assegnazione di:

ASSISTENZA INDIRECTA (selezionare una sola opzione):

- BUONO SOCIALE** mensile per caregiver familiare;
- BUONO SOCIALE** mensile per acquistare le prestazioni da assistente personale regolarmente impiegato;
- ASSEGNO DI AUTONOMIA** 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 per le persone con presenza del solo caregiver familiare che assicura il lavoro di cura senza il supporto da parte di personale di assistenza:

□ **Supporto e sollievo ai caregiver familiari, tramite:**

- Prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio
- Interventi di ricovero di sollievo temporaneo in struttura residenziale – a titolo di rimborso spese debitamente documentate fino a un massimo di € 2.400,00 a persona, nel periodo da luglio 2025 a giugno 2026;

□ **Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente, tramite:**

- Prestazioni socio-educative/educative a favore della persona con disabilità/ anziana non autosufficiente in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzate al “sollievo”.

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

(firma)

IL SOTTOSCRITTO/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. Con necessità di **basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato**, 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

- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP;
- Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del d.lgs 29/2024.

Il sottoscritto/delegato 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 3719/2024 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 e data).....

(firma)

Si allegano:

- 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 necessità di **basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato**, in 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.

