

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI - MISURA B2

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE Triennio 2022-2024/FNA 2023-Esercizio 2024.

Ai sensi delle Delibere di Giunta Regionale nn. XII/1669 del 28.12.2023 - XII/2033 del 18.03.2024 - XII/2166 del 15.04.2024).

AL C O M U N E DI CASSANO MAGNAGO e-mail protocollo@cassano-magnago.it

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail

C H I E D E

A favore di:

Se stesso

Della persona

Persona non autosufficiente / grave disabilità

Minore con disabilità non autosufficiente

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



In qualità di:

- Genitore
- Genitore affidatario (decreto n. del Tribunale)
- Amministratore di sostegno (atto di nomina n. del Tribunale)
- Tutore (atto di nomina n. del Tribunale)
- Curatore (atto di nomina n. del Tribunale)
- Familiare
- Altro

di poter accedere agli interventi di sostegno e supporto alla persona con disabilità grave o anziana non autosufficiente e alla sua famiglia previsti dalla MISURA B2 per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita di seguito riportati:

(barrare selezionando un unico intervento)

- BUONO SOCIALE mensile CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal SOLO caregiver familiare;
- BUONO SOCIALE mensile PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO** (anche in presenza di caregiver familiare) – Obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento contributi previdenziali;
- BUONO ASSEGNO DI AUTONOMIA** finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente a favore di persone maggiorenne che intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza supporto di caregiver familiare ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e impiegato con regolare contratto. I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità. Il progetto deve prevedere l'assunzione contratto (obbligatorio allegare copia contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento dei contributi previdenziali);

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Chiede inoltre di poter accedere agli **INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI -Assistenza diretta -**
nb: Barrare con una X (una sola scelta possibile)

a) prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare (in presenza del solo caregiver familiare) (barrare selezionando un unico intervento)

1 prestazione Socioassistenziale/tutelare a domicilio;

2 ricovero temporaneo in struttura residenziale;

3 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"

b) percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare (in presenza del solo caregiver familiare);

c) interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare con disabilità/ non autosufficienza **erogabili sia in presenza del solo caregiver familiare che di personale regolarmente assunto.**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

D I C H I A R A

1. che il beneficiario dell'intervento è:

persona non autosufficiente così come risultante dal verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988;

persona con disabilità grave così come risultante dalla certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;

di **cittadinanza** italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00, ammontante ad € pratica n. data attestazione: ; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

in possesso di ISEE ordinario (in caso di minore disabile), ovvero ISEE minorenni in corso di validità, non superiore ad € 40.000,00, ammontante ad € pratica n. data attestazione: ; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

DICHIARA ALTRESÌ

2. che il beneficiario dell'intervento:

- Frequenta l'Unità d'offerta semiresidenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....), anche di natura sperimentale situata nel Comune di con con integrazione costi a carico del Comune e/o del Sistema Socio-sanitario;
- Non è ricoverato con modalità definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Non percepisce la Misura B1;
- Non percepisce contributo da risorse Progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Non beneficia di ricovero di sollievo con il costo del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;
- Non beneficia dei Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;
- Non beneficia della misura Home Care premium/INPS.

3. Individua come caregiver familiare il/la Sig/ra (cognome e nome)
specificare grado parentela Codice fiscale
 (allegare documento d'identità) che dedica ore al giorno alla
funzione di Caregiver (vedi nota in avviso).

4. di essere a conoscenza che:

- La concessione dei benefici economici di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un Progetto Individuale - tra le parti (operatori del Comune e ASST, richiedente/rappresentante legale o familiare) che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica.
- La predisposizione del Progetto Individuale è preceduta dalla valutazione multidimensionale effettuata anche in modalità integrata con ASST e che in fase di valutazione multidimensionale sarà verificata l'appropriatezza degli interventi richiesti.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- Nel caso in cui la valutazione multidimensionale evidenziasse l'assenza di bisogno assistenziale o di cura non si procederà alla stesura del Progetto Individuale ed alla conseguente erogazione dei benefici economici.
- I Progetti possono essere modificati nel tempo conseguentemente al mutare della situazione;
- Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.
- L'Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
- L'Ufficio di Piano provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite nell'Avviso.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.

CHIEDE

che il contributo dovuto venga accreditato presso (non indicare IBAN di libretti postali utilizzabili solo per l'accredito delle pensioni):

Intestatario C/C (il beneficiario deve essere intestatario o cointestatario)

Istituto Bancario/Posta Sede

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la Misura B2 al seguente indirizzo email:

addì

FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità rilasciato il da

Allegati:

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- Titolo di soggiorno
- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) - versione integrale (per i beneficiari della Misura nell'anno 2023: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle L. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 – versione integrale (per i soli beneficiari della Misura B2 nell'anno 2023: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale).
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali del personale regolarmente assunto.
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Cassano Magnago – posta elettronica certificata: protocollo.comune.cassanomagnago@pec.regione.lombardia.it – tel 0331.283311, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di Cassano Magnago anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di Cassano Magnago e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.