

ISTANZA PRESENTAZIONE DOMANDA MISURA B2 – ANNO 2023

MISURE FINANZIATE CON IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (F.N.A.) A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA PREVISTI DALLA MISURA B2- DGR N. XI/7751 DEL 28/12/2022

AL COMUNE di

Il richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____
Nato a _____ data di nascita _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

Tel. _____ Cell: _____
in qualità di _____

(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)

Cognome: _____ Sesso maschio femmina

Nome: _____

Luogo e data di nascita _____ ETA' _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

CHIEDE

di ACCEDERE AD UNA MISURA DI CUI ALLA DGR N. XI/7751/2022 E PIÙ PRECISAMENTE:

- BUONO sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal care-giver familiare;
- BUONO sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto;
- BUONO SOCIALE per l'assegno all'autonomia (ex Progetti di Vita indipendente);
- VOUCHER sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico. Non sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver preso visione e di accettare i termini dell'AVVISO PUBBLICO che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o buoni

CHE

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del DLgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell'anno 2022 e tuttora in regime di validità);
- è assistito al domicilio, con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell'anno 2022 e tuttora in regime di validità);
- l'indennità di accompagnamento: è in possesso del beneficiario NON è in possesso del beneficiario è in fase di accertamento
- è in possesso di un ISEE sociosanitario valido per l'anno 2023 di Euro _____.
Se ancora NON in possesso di ISEE 2023 è necessario integrare la pratica entro e Non oltre il giorno 10 giugno 2023 – data di scadenza del bando. Dopo tale termine la domanda sarà considerata INAMMISSIBILE.
- è in possesso di un ISEE ordinario valido per l'anno 2023 (nel caso di domanda a favore di un minore) di Euro _____
- il beneficiario è assistito nella cura da: care-giver familiare
- assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare _____		
Usufruisce di benefici tramite il F.N.A. o specifiche categorie previdenziali		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con la seguente formula:		
Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		
Accesso almeno bisettimanale		
Accesso settimanale		

- di partecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
- del 100%
 - dal 50% al 99%
 - dal 20% al 49,90%
 - inferiore al 20%

di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:

RETE FAMILIARE (barrare la casella interessata)	SI	NO
Care-giver convivente		
Care-giver non convivente		
Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando (ALLEGA COPIA)		
Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando (ALLEGA COPIA)		

DICHIARA, altresì, di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad 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. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE

che il buono – voucher venga versato con accredito su c/c Bancario – Postale: (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario).

Conto corrente intestato a _____
Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Inoltre il sottoscritto fornisce i seguenti dati:

Composizione nucleo	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + 1 genitore/ambedue in genitori <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + figlio/figli maggiorenne/i <input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente + figlio /figli minore/i	<input type="checkbox"/> Coniuge/ convivente figli minori + figlio maggiorenne <input type="checkbox"/> Figlio /figlia <input type="checkbox"/> Fratello / sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madre + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre + fratello/sorella <input type="checkbox"/> Solo
Care-giver	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Coniuge convivente <input type="checkbox"/> Cugino/a <input type="checkbox"/> Figlio/figli	<input type="checkbox"/> Fratello/sorella <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Nuora/genero <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Zio/zia
Assistente a persona	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Assistente personale 24 ore	

	<input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato 24 ore <input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato tempo parziale (max 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale qualificato a tempo pieno (min 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale tempo parziale (max 7 ore/ die) <input type="checkbox"/> Assistente personale tempo pieno (min 7 ore/ die)
Tipologia di assistito	<input type="checkbox"/> Utente che non ha già ricevuto interventi B2 <input type="checkbox"/> Utenti già misura b2 altri strumenti <input type="checkbox"/> Utente già misure b2 buono sociale vita indipendente <input type="checkbox"/> Utente già misura b2 malattia motoneurone con condizioni aggravate
	<input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Disabilità a seguito di un evento traumatico <input type="checkbox"/> Disabilità non post traumatiche <input type="checkbox"/> Malattia del motoneurone <input type="checkbox"/> Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria <input type="checkbox"/> Disabilità sensoriale <input type="checkbox"/> Altra malattia neurodegenerativa <input type="checkbox"/> Disabilità comportamentale <input type="checkbox"/> Ritardo mentale <input type="checkbox"/> Sindromi congenite su base cromosomica <input type="checkbox"/> Distrofie muscolari e altre miopatie <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla <input type="checkbox"/> Altro
I.S.E.E.	<input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Socio-sanitario beneficiario coniuge figli <input type="checkbox"/> Socio- sanitario: solo beneficiario maggiorenne <input type="checkbox"/> Socio- sanitario: genitori beneficiario minorenni

Il dichiarante _____

Luogo e data _____

TRATTAMENTO DATI PERSONALI Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 ("GDPR"), i dati personali anche particolari (art. 9 del GDPR), giudiziari (art. 10 del GDPR), sono forniti e trattati per la presentazione domanda per misura B2 nell'ambito del Fondo Non Autosufficienza come D.G.R. XI/5791 del 21 dicembre 2021 di Regione Lombardia, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione). La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di presentare la domanda e dare corso all'istruttoria. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16 (art. 32). Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è l'Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona del territorio del Destra Secchia – Azienda Sociale Destra Secchia in persona del Direttore Generale, dott.ssa Elena Mantovani. Il Responsabile della Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR per l'Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona del territorio del Destra Secchia è l'Avv. Anna Tarocco. Con la firma nell'allegato modulo per la presentazione della domanda, l'interessato esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei dati per la finalità sopra indicata.