



Addì __ / __ / ____

Al Comune di _____

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI – APPLICAZIONE DGR 1253 del 12/02/2019 – MISURA B2

Il/La sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____

Provincia _____ Via _____

Tel. _____ email _____

Codice fiscale

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

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE grado di parentela _____

☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale

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

CHIEDE

☐ **per sé**

☐ **per conto del beneficiario**

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. 1253/2019, MISURA B2 tra le seguenti:



SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO:	
1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare
2	Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro
3	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente
4	Voucher/buoni sociali per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità

(indicare con una "X" la/le misure per cui si chiede la valutazione)

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ☐ che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati dall'Assemblea Intercomunale con Delibera n°9 del 11/04/2019;
- ☐ di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- ☐ che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- ☐ che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- ☐ che il candidato NON usufruisce del Voucher Anziani e Disabili (DGR 7487/2017);
- ☐ che il candidato NON usufruisce del Bonus assistenti familiari di Regione Lombardia (LR 15/2015);
- ☐ che il candidato usufruisce del servizio ADI;
- ☐ che il candidato usufruisce della Misura B1 ;
- ☐ che il candidato usufruisce di sostegni Dopo di Noi;

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:

- ☐ lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- ☐ la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- ☐ invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta è pari a euro, come da allegata certificazione;

DICHIARA INOLTRE CHE IL CANDIDATO: (rispetto ai requisiti di priorità d'accesso)

- ☐ usufruisce di altri interventi o di sostegni integrativi a carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Premium) quali _____;
- ☐ è attualmente in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

SI IMPEGNA

- ☐ a concordare con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- ☐ a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva

realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, si consegnano i seguenti allegati obbligatori **(per tutte le misure richieste)**:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario ;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap;
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Allegati da consegnare in relazione alle specifiche misure:

Misura 1: autodichiarazione del care giver che attesti la convivenza anagrafica con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta (sup. 75%), oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale, cassintegrato, pensionato, ecc);

Misura 2 e 3: copia del contratto di assunzione assistente familiare e/o personale, ultima busta paga o fattura in caso di assunzione tramite Ente Gestore da cui si evinca il monte ore settimanale di servizio;

Con apposito allegato e timbro del soggetto erogatore:

Misura 4: modulo di preventivo compilato relativo ai progetti di sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità.

In caso di percezione del beneficio, chiedo la seguente modalità di accreditamento economico (apporre una crocetta):

ATTENZIONE:

- PER I MINORI DI ETA' E' POSSIBILE SOLO LA MODALITA' IN CONTANTI, salvo richiesta da parte della famiglia interessata, PER LA MISURA 4, di liquidare al soggetto erogatore su richiesta/autorizzazione del beneficiario (nucleo familiare del minore) con **contestuale assenso dell'Ente Gestore** per il quale verrà fornito successivo modulo specifico:

- LA SCELTA DELLA MODALITA' CON QUIETANZA IN CONTANTI E' VINCOLATA ALL'ENTITA' DEL CONTRIBUTO (NON SUPERIORE A € 3.000,00) COME DA NORMATIVA VIGENTE.

- ☐ **BONIFICO BANCARIO** ☐ **BONIFICO POSTALE** *(NON LIBRETTO POSTALE)*
indicare di seguito e in modo leggibile il codice IBAN *(composto di 27 cifre tra lettere e numeri)*

intestato al beneficiario (obbligatorio) e alle ulteriori seguenti persone:

nome e cognome	Codice fiscale	Comune residenza

SOLO PER MISURA 4

- ☐ **richiesta e autorizzazione da parte della famiglia interessata di liquidare**
al soggetto erogatore



oppure ☐ **CONTANTE CON RITIRO DA PARTE DEL BENEFICIARIO**

☐ **CONTANTE CON QUIETANZA INTESTATA** _____

(indicare la persona che si recherà in Banca per il ritiro del contante):

Codice Fiscale

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

Data _____

Firma richiedente o Suo familiare

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

☐ FAMILIARE ☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. N. 196/2003 (TUTELA DATI PERSONALI)

Il Comune di Pioltello, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati raccolti ineriscono strettamente e soltanto allo svolgimento della procedura in corso, fino alla redazione dell'atto finale, e vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'effettuazione della prestazione richiesta, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei casi previsti dalle disposizioni di legge o di regolamento disciplinanti l'accesso o l'erogazione della prestazione richiesta. I dati da Lei forniti vengono trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati al fine della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal d.p.r. 445/2000. Il conferimento dei dati ha natura facoltativa e si configura più esattamente come onere, nel senso che per poter dare seguito all'istanza da Lei formulata e/o ottenere la prestazione richiesta, deve rendere le dichiarazioni richieste da questa Amministrazione; la conseguenza di un eventuale rifiuto di rispondere consiste nella preclusione di dare seguito alla Sua istanza e/o alla prestazione richiesta. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono: il personale interno dell'Amministrazione implicato nel procedimento; i soggetti esterni di diritto coinvolti nel procedimento instaurato; ogni altro soggetto che abbia interesse ai sensi della L.241/1990. Le ricordiamo che in qualità di interessato Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'articolo 7 del codice privacy, cui si rinvia. Il responsabile della raccolta dei dati è la responsabile dei Servizi sociali.