



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 4138 del 21.12.2020 – MISURA B2

DATI BENEFICIARIO DELLA MISURA

Nome e Cognome _____

Nato/a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐ Residente a _____

CAP _____ Provincia _____ Via _____

Tel. _____ email _____

Codice fiscale

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

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Eventuale altro contatto di riferimento pratica per comunicazioni inerenti la domanda presentata:

Nome cognome _____

Tel. _____ email _____

DATI DEL RICHIEDENTE (SE DIVERSO DA BENEFICIARIO)

Nome e Cognome _____

Nato/a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐ Residente a _____

CAP _____ Provincia _____ Via _____

Tel. _____ email _____

Codice fiscale

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

Nella sua QUALITA' di:

☐ FAMILIARE grado di parentela _____

☐ TUTORE ☐ CURATORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n. _____ del _____

Il/La sottoscritta/o _____

CHIEDE

☐ per sé **OPPURE** ☐ 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. 4138 del 21.12.2020, **MISURA B2** di seguito riportate:



PER PERSONE ANZIANE DAI 65 ANNI DI ETÀ

- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare (Intervento 1)
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 2)
- ☐ Specificare se persona che vive sola al domicilio
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare *integrata da* Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 1+ 2)

PER ADULTI CON DISABILITÀ

- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare (Intervento 1)
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 2)
- ☐ Specificare se persona che vive sola al domicilio
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare *integrata da* Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 1+ 2)
- ☐ Assegno per l'autonomia (Intervento 3)

PER MINORI CON DISABILITÀ

- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare (Intervento 1)
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 2)
- ☐ Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare *integrata da* Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale (Intervento 1+ 2)
- ☐ Voucher per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità (Intervento 4)

In caso di nuclei familiari in cui siano presenti, da stato di famiglia, più persone aventi i requisiti richiesti per accedere alla presente iniziativa, è possibile presentare domanda multipla, ossia istanza per ciascuno di essi ai fini di una valutazione complessiva del bisogno, secondo le modalità illustrate all'art. 2 dei Criteri Distrettuali.

Per la compilazione e consegna del presente documento è possibile consultare l'allegato **"NOTA INFORMATIVA ISTANZA"** contenente le modalità di contatto dei servizi sociali, di invio della domanda al Comune di residenza e l'estratto "Criteri distrettuali per l'erogazione di misure a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti", utile alla compilazione della domanda di accesso alla misura B2.

E A TAL FINE, il/la sottoscritto/a, Consapevole che il Comune di residenza e il Distretto sociale Est Milano, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000



DICHIARA

(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)

1. ☐ che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati dall'Assemblea Intercomunale con Delibera n° 6 del 12/04/2021.

2. ☐ 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;

3. ☐ che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;

4. che sussistono/non sussistono la/le seguenti causa di incompatibilità (con SI oppure NO):

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità) (SI) (NO)
- Misura B1 (SI) (NO)
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (SI) (NO)
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato (SI) (NO)
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 (SI) (NO)
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 (SI) (NO)

5. In caso di presenza di incompatibilità per la causa di cui sopra al punto 4 (ricovero di sollievo il costo sia a totale carico del fondo sanitario regionale)

☐ che il ricovero è in corso dalla data _____

☐ che è consapevole che la dimissione deve avvenire entro il 08.06.2021 termine ultimo di realizzazione delle Istruttorie da parte dei Servizi Sociali il cui termine ultimo **PENA LA DECADENZA DELL'ISTANZA**

☐ che la dimissione dovrà essere attestata dal certificato del periodo di ricovero da inviare al servizio sociale di residenza

☐ che l'eventuale contributo, a seguito della graduatoria, sarà condizionato dalla data di avvenuto rientro al domicilio che se compreso entro il 16° giorno del mese darà diritto al riconoscimento della quota intera di contributo mensile, viceversa dal 17° giorno il diritto, al contributo mensile, non sarà ritenuto maturato ai fini della liquidazione che di conseguenza non avrà luogo

DICHIARA inoltre

6. CHE la frequenza presso centri diurni sociali/socio-sanitari/servizi educativi/scolastici è

☐ pari o inferiore alle 25 ore settimanali **OPPURE** ☐ superiore alle 25 ore settimanali

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

☐ indennità di accompagnamento;

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

☐ invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

☐ indennità di frequenza con la disabilità ai della L.104/92 art.3 c.3



DICHIARA INOLTRE CHE IL BENEFICIARIO

8.1 Rispetto alla Misura Home care Premium ☐ **NON PERCEPISCE** il suddetto intervento **OPPURE**

☐ **PERCEPISCE** il contributo Home Care Premium **ED ALLEGA**

☐ copia domanda inoltrata presso INPS

☐ documento INPS attestante l'entità del contributo percepito e periodo di versamento dello stesso

8.2 Rispetto alla Misura Dopo di Noi ☐ **NON PERCEPISCE** il suddetto intervento **OPPURE**

☐ **PERCEPISCE** la misura Dopo DI Noi

SI IMPEGNA

1. ☐ **A concordare** con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
2. ☐ **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;

SI IMPEGNA

1. ☐ **A presentare** le comunicazioni di ingresso e dimissione in caso di Ricovero Di Ricovero Di Solievo il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (**Variazione Pai allegato 5**)
2. ☐ **A presentare i giustificativi di spesa** secondo le date indicate nel bando e le eventuali modifiche del Progetto Individuale di Assistenza al verificarsi dell'evento o al massimo entro le date indicate dall'ufficio di Piano E comunque entro la prima data del 10.07.2021 ai fini della prima liquidazione utile

A CONSEGNARE I SEGUENTI ALLEGATI OBBLIGATORI

- ☐ 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;
- ☐ Copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal beneficiario;
- ☐ **Allegato 7** scheda CBI
- ☐ **Allegato 6** per autocertificazione situazione ISEE

Per Gravità dell'Handicap:

- ☐ Verbale d'indennità di accompagnamento
- ☐ Oppure documento di invalidità al 100% e di riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 c.3;
- ☐ Oppure documento di indennità di frequenza e di riconoscimento ai sensi della L.104/92 art.3 c.3;
- ☐ Nel caso in cui il beneficiario sia in attesa di definizione dell'accertamento ai sensi della 104/1992 si allega il documento attestante l'avvio della pratica presso il caf.



In relazione alle Misure richieste:

- ☐ **Allegato 1** per chi inoltra domanda per il **buono sociale caregiver familiare** residente con il beneficiario
- ☐ **Per buono assistente familiare** Copia del contratto di assunzione assistente familiare e/o personale, ultima busta paga (regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare)
- ☐ **oppure, sempre per buono assistente familiare**, in caso di assunzione tramite Ente Gestore copia del **contratto di servizio** con descrizione nel contratto, o tramite documento aggiuntivo, del monte ore settimanale erogato e ultima fattura (in assenza di tale dato il documento non sarà accolto ai fini del calcolo del contributo)

Data _____ Firma del Beneficiario/Richiedente _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL GDPR 679/2016

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 15 del regolamento GDP 679/2016, cui si rinvia. Il responsabile della raccolta dei dati è la responsabile dei Servizi sociali.

DA COMPILARE A CURA DEL BENEFICIARIO/RICHIEDENTE

Il sottoscritto _____ acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento GDPR 2016/679, preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679 **presta**

() **il suo consenso** al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda;

() **il proprio diniego** al trattamento e alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, consapevole che il diniego non consente lo svolgimento delle attività richieste;

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 2862/2020, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____ Firma _____

IN CASO DI PERCEZIONE DEL BENEFICIO – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il Sottoscritto _____
(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)

- ☐ Beneficiario della Misura
- ☐ Richiedente per conto del Beneficiario

COMUNICA

PER LA MISURA 1 2 3 (Buono Sociale Ass. Familiare, Caregiver Familiare o in caso di Assegno per l'autonomia)

- ☐
- DATI PER BONIFICO BANCARIO**

- ☐
- DATI PER BONIFICO POSTALE**

Nome e Cognome intestatario

Indirizzo intestatario

Codice IBAN (27 cifre)

[illegible]

Se l'intestatario del Conto Corrente è diverso dal beneficiario della Misura, si richiede di allegare copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente e di perfezionare la seguente **Delega**:

Il/la Sottoscritto/a _____ Beneficiario della misura **AUTORIZZA** il versamento delle somme sul conto corrente sopra indicato intestato a: Nome e Cognome _____, Codice Fiscale _____.

Residente a _____ Indirizzo _____ Cap. _____ Prov. _____
 Tel. _____ in qualità di _____ dell'interessato.

Data	Firma di Delega del Beneficiario
-------------	---

oppure CHIEDE

Beneficiario: ☐ NON ha un proprio conto corrente e NON può avvalersi di conto corrente di terzi

- ☐ NON ha un proprio conto corrente e NON può avvalersi di conto corrente di terzi
- ☐ OPPURE NON ha un proprio conto corrente, può avvalersi di un conto corrente di terzi ma
- ☐ è IMPOSSIBILITATO a firmare la Delega sopra
- ☐ è IMPOSSIBILITATO all'espressione della volontà

Data _____ Firma del Beneficiario/Richiedente _____

SOLO PER MISURA 4 VOUCHER SOCIALE MINORI

Il Genitore del Beneficiario

RICHIEDE E AUTORIZZA

la **liquidazione** dell'eventuale contributo:

- ☐ all'Ente Gestore _____ che conferma disponibilità alla ricezione del versamento (ALLEGATO 4)
OPPURE
☐ sul proprio conto corrente bancario/postale di cui è intestatario

Codice IBAN (27 cifre)

[illegible]

Data _____ Firma del Genitore _____