



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 5940 del 05/12/2016 – MISURA B2

Il/La sottoscritto/a _____

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



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. 5940 del 05/12/2016, 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 per periodi di sollievo presso unità di offerta residenziali socio sanitarie o sociali
5	Voucher/buoni sociali per l'acquisto di interventi integrativi o complementari alla domiciliarità
6	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 Interdistrettuale con Delibera n°3 del 13/02/2017;
- ☐ 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 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 é pari a euro, come da allegata certificazione:

- ☐ che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale

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:

- 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
-

Per le 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;

Con apposito allegato e timbro del soggetto erogatore:

Misura 4: preventivo ricovero di sollievo rilasciato dalla struttura;

Misura 5: preventivo di spesa a sostegno della domiciliarità;

Misura 6: preventivo 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):

- ☐ **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)

[illegible]

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

nome e cognome	Codice fiscale	Comune residenza

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

oppure ☐ **CONTANTE CON QUIETANZA INTESTATA**

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

Codice Fiscale

[illegible]

ATTENZIONE:

- PER I MINORI DI ETA' E' POSSIBILE SOLO LA MODALITA' IN CONTANTI;
- LA SCELTA DELLA MODALITA' CON QUIETANZA IN CONTANTI E' VINCOLATA ALL'ENTITA' DEL CONTRIBUTO (NON SUPERIORE A € 3.000,00) COME DA NORMATIVA VIGENTE.



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.