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 2862 del 18/02/2020 – 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

□ per conto del beneficiario

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

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:

(barrare con una "X" l'/gli intervento/i richiesto/i)

	RICHIEDE VALUTAZIONE AI FINI DEL/I SEGUENTE INTERVENTI DI SOSTEGNO:	
1	Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare	
2	Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale	
	Specificare se persona che vive sola al domicilio	
1 e 2	Buono sociale mensile per le Prestazioni di assistenza assicurata dal caregiver familiare *integrata da* Prestazioni di assistenza assicurata da assistente professionale	
3	Buono sociale per Progetto di vita indipendente	
4	Voucher per sostenere la vita di relazione di minori con disabilita'	

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

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

□ che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati dall'Assemblea Intercomunale con Delibera n° 4 del 08.06.2020

□ 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 sussiste/non sussistono la/le seguenti causa di incompatibilità:

1. 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)
2. Misura B1 (SI) (NO)
3. Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato (SI) (NO)
4. Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (SI) (NO)
5. Ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta (SI) (NO)
6. Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 (SI) (NO)
7. Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 (SI) (NO)

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

In caso di presenza di incompatibilità per la causa di cui al punto 4 (ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del fondo sanitario regionale) **o 5** (ricovero in riabilitazione/sub acute/cure intermedie/post acuta) di cui sopra

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

□ che il ricovero è in corso dalla data del _____
□ che è consapevole che la dimissione deve avvenire entro Settembre 2020, mese di realizzazione delle Istruttorie da parte dei Servizi Sociali il cui termine ultimo è il 30.9.2020 **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 il diritto, al contributo mensile, non sarà ritenuto maturato ai fini della liquidazione che di conseguenza non avrà luogo

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

la frequenza presso centri diurni sociali/socio-sanitari/servizi educativi/scolastisci per un monte ore settimanale: □ inferiore alle 25 ore □ superiore alle 25 ore

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 per la verifica della condizione economica ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente)
□ presenta ISEE SOCIO-SANITARIO pari a Euro ……..
□ presenta ISEE ORDINARIO (SOLO PER LA MISURA VOUCHER MINORI) pari a Euro ……

OPPURE DICHIARA: (barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)
□ **DI PRESENTARE L'ISTANZA IN ASSENZA DI ISEE IN CORSO DI VALIDITA', impegnandosi, a pena di decadenza della domanda, a perfezionare la domanda con l'INTEGRAZIONE dell'ISEE ENTRO E NON OLTRE**
□ **il 14/08/2020**, termine ultimo della realizzazione delle istruttorie da parte dei servizi sociali per il Titolo Sociale "VOUCHER SOCIALI MINORI CON DISABILITA"(intervento 4);
□ **il 30/08/2020**, per il Buono Sociale "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATA DAL CAREGIVER FAMILIARE", "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATA ASSISTENTE PROFESSIONALE", "PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE" (Intervento 1. 2. 3);

DICHIARA INOLTRE CHE IL CANDIDATO (rispetto ai requisiti di priorità d'accesso):
(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)

□ usufruisce della misura Home Care Premium;

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

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

□ 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;
□ **considerata l'eccezionalità dell'anno in corso, a presentare i giustificativi di spesa entro le date contenute nel presente modulo, al solo fine di agevolare l'eventuale prima pratica di liquidazione** consentendo all'ufficio Di Piano di essere già in possesso delle quietanze nell'immediatezza della stesura della graduatoria, consapevole che l'erogazione a mio favore avrà luogo solo nel caso cui al punteggio dell'Istanza corrisponda l'assegnazione del contributo e non l'inserimento della domanda in lista d'attesa

SI IMPEGNA IN CASO DI INSERIMENTO IN GRADUATORIA
(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate)

□ a presentare le comunicazioni di ingresso e dimissione **in caso di Ricovero In Riabilitazione/Subacute/Cure Intermedie/Post Acute , O Di Ricovero Di Sollievo** nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
□ **in caso di inserimento in graduatoria** a presentare i giustificativi di spesa, secondo le date che saranno comunicate dall'Ufficio di Piano a mezzo lettera successivamente alla graduatoria, e le eventuali modifiche del Progetto Individuale di Assistenza al verificarsi dell'evento di modifca

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;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap del beneficiario (la certificazione della condizione di gravità, così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.104/92, potrà essere considerata pur se in attesa della definizione dell'accertamento);
- Certificazione ISEE SOCIO-SANITARIO o ISEE ORDINARIO (solo per intervento VOUCHER MINORI) in corso di validità;
- 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;

Allegati da consegnare in relazione alle specifiche misure:

Intervento 1: autodichiarazione del care gi**ver (Allegato 1 dell'avviso)** 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);

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

Intervento 2 e 3 :
a) copia del contratto di assunzione assistente familiare e/o personale, ultima busta paga (regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare)
b) in caso di assunzione tramite Ente Gestore contratto e ultima fattura da cui si evinca il monte ore settimanale di servizio (in assenza di tale dato il documento non sarà accolto ai fini del calcolo del contributo)

Intervento 4: l'apposito modulo predisposto di preventivo **(allegato 4 dell'Avviso)** relativo ai progetti di sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità da compilare **a cura dell'Ente gestore con timbro dello stesso soggetto erogatore.**

IN CASO DI PERCEZIONE DEL BENEFICIO

Il Sottoscritto _____ □ Beneficiario della Misura
(barrare con una "X" la/le condizioni dichiarate) □ Richiedente per conto del Beneficiario

COMUNICA

PER LA MISURA 1 2 3
I dati in caso di riconoscimento del beneficio economico

□ **DATI PER BONIFICO BANCARIO** □ **DATI PER BONIFICO POSTALE**

Nome e Cognome intestatario Conto	
Indirizzo intestatario conto	

Codice IBAN **(2**7 cifre)

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** _____

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

oppure CHIEDE

di essere **c**ontattato dagli uffici per concordare le modalità di eventuale riscossione del beneficio in quanto il Beneficiario:

□ NON ha un proprio conto corrente e NON può avvalersi di conto corrente di terzi

□ 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

Il Genitore _____ del Beneficiario _____

RICHIEDE E AUTORIZZA

la **liquidazione** dell'eventuale contributo:

□ al **soggetto erogatore** _____ di cui allega modulo disponibilità alla ricezione del versamento

□ su conto corrente bancario/postale di cui è intestatario

Codice IBAN (27 cifre)

Data_____ Firma del Genitore _____

La domande e i relativi allegati DEVE ESSERE INVIATA AL PROPRIO COMUNE DI RESIDENZA presso l'ufficio Protocollo, possono altresì essere inviate telematicamente, al proprio Comune di Residenza, agli indirizzi sotto riportati:

COMUNE	INDIRIZZO PEC	PER CONSEGNA A MANO PC/O UFF. PROTOCOLLO
PIOLTELLO	protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it *(riceve anche da mail ordinaria)*	Nei giorni di Apertura al Pubblico senza Appuntamento
RODANO	comune.rodano@pec.regione.lombardia.it (riceve solo da pec)	Con Appuntamento contattando il numero tel. 02/95.95.95.209
SEGRATE	segrate@postemailcertificata.it *(riceve anche da mail ordinaria)*	Con appuntamento contattando il numero **02/26902242** o scrivendo a **ci@comune.segrate.mi.it** e indicando un recapito telefonico al quale essere ricontattati
VIMODRONE	comune.vimodrone@pec.regione.lombardia.it *(riceve anche da mail ordinaria)*	Con Appuntamento contattando il numero tel. 02/25077201-31-35

NELLE DATE DI APERTURA DEL BANDO

- **con decorrenza dal 15.6.2020 al 30.8.2020**.

- E SOLO per il Titolo Sociale **"VOUCHER SOCIALI MINORI CON DISABILITA'"**(intervento 4),al fine di agevolare l'avvio dei progetti, **dal 15.6.2020 con chiusura al 15.7.2020 .**

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

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

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.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

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 _____

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it

NOTA INFORMATIVA PER LA PRIMA LIQUIDAZIONE – ISTRUZIONI CONSEGNA GISUTIFICATIVI DI SPESA

Considerata l'eccezionalità dell'anno in corso, si INVITANO TUTTI I CITTADINI CHE PRESENTANO ISTANZA PER:

- L'intervento 4 Vouher Sociali Minori Con Disabilità
- L'intervento 2 E 3 "Prestazioni Di Assistenza Assicurata Assistente Professionale" E "Progetto Di Vita Indipendente"

a consegnare i giustificativi di spesa, ed eventuali variazioni del PAI, entro le date e con le modalità sotto indicate. La finalità è quella di **agevolare l'eventuale prima pratica di liquidazione,** consentendo all'ufficio Di Piano di essere già in possesso delle quietanze nell'immediatezza della stesura della graduatoria. Nonostante i giustificativi di spesa saranno raccolti da tutti i cittadini di cui sopra SI SPECIFICA che l'erogazione avrà luogo, a seguito della stesura della graduatoria, a riconoscimento del contributo ai SOLI CITTADINI BENEFICIARI e quindi non a coloro che saranno inseriti in lista d'attesa.

I Giustificati sotto indicati dovranno essere consegnati esclusivamente nei periodi di seguito indicati , tramite gli appositi moduli, forniti dai servizi sociali, dall'Uff. Di Piano o reperibili sui siti dei Comuni. Sarà possibile effettuare la consegna degli stessi presso l'Ufficio Protocollo del Comune di Pioltello o telematicamente inviati alla PEC di posta elettronica, anche da vostra mail ordinaria, all'indirizzo **protocollo@cert.comune.pioltello.mi.it**

A) per il Titolo Sociale "VOUCHER SOCIALI MINORI CON DISABILITA'"(intervento 4), i giustificativi di spesa, dovranno essere presentati **dal 1.10.2020 al 10.10.2020 per i mesi da giugno a settembre 2020**, relativamente a chi, negli stessi mesi ha realizzato degli interventi, **con l'indicazione di eventuali variazioni intervenute nel Progetto Assistenziale Individuale successiva all'istruttoria dei servizi sociali (allegato 5)** ;

B) per il Buono Sociale "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATA ASSISTENTE PROFESSIONALE" e **"PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE" (Intervento 2. 3):** i giustificativi di spesa, dovranno essere presentati **dal 19.10.2020 al 30.10.2020 per i mesi da giugno a settembre 2020, (buste paghe e MAV contributi o fatture Ente Gestore del servizio con indicazione del monte ore sett.le effettuato), con l'indicazione di eventuali variazioni intervenute nel Progetto Assistenziale Individuale successiva all'istruttoria dei servizi sociali (allegato 5)**;

C) per il Buono Sociale "PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATA DAL CAREGIVER FAMILIARE" :
- dal 19.10.2020 al 30.10.2020 dovranno essere presentate le eventuali variazioni intervenute nel Progetto Assistenziale Individuale successiva all'istruttoria dei servizi sociali (allegato 5);

Ufficio di Piano - Distretto Sociale Est Milano - C. Cattaneo, 1 - 20096 Pioltello (MI)
Tel. 02.92366130/132 Fax 02.92161258 ufficiodipiano3@comune.pioltello.mi.it