

AL COMUNE DI _____

Oggetto: **Richiesta misura regionale DGR 7751/2022 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il Residente a

in Via /Piazza

Tel. cell. mail

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il/la Sig/ra

nato/a..... il e residente a

in Via /Piazza

Tel..... cel..... mail

Rispetto al beneficiario il richiedente è

**DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O
COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

☐ non ha usufruito del buono l'anno precedente

☐ ha usufruito del buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato l'anno precedente (*non barrare se il buono era per il caregiver familiare o progetto di vita indipendente misura B2*)

☐ ha usufruito del buono sociale mensile per progetto di vita indipendente misura B2, l'anno precedente (*non barrare se il buono era per il caregiver familiare o per personale di assistenza*)

Dichiara inoltre che:

1) ☐ ha un Isee di €

☐ non ha ancora l'isee e si impegna a richiederlo ed a consegnare agli uffici la DSU entro il 26 maggio 2023

2) ☐ è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1988

☐ è in attesa dell'esito dell'accertamento avvenuto in data.....

- 3) Frequenta il Centro Diurnocon retta mensile a totale carico della Pubblica Amministrazione con frequenza:
- ☐ a tempo pieno
 - ☐ a tempo parziale
 - ☐ NON frequenta un Centro Diurno
- 4) È destinatario di progetti/o L.162/98 nell'anno in corso
- ☐ sì
 - ☐ no
- 5) Ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):
- ☐ Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
 - ☐ Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
 - ☐ Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
 - ☐ Presenza nel nucleo di un solo componente adulto o di soli minori oltre al beneficiario
 - ☐ Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario
- 6) La tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:
- ☐ **Buono sociale mensile caregiver familiare**
nominativo caregiver
A tal fine dichiara che il caregiver:
 - ☐ risulta essere coniuge, parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o convivente di fatto, familiare o affine entro il secondo/terzo grado del beneficiario;
 - ☐ risulta essere impegnato gratuitamente e giornalmente nell'assistenza della persona per la quale si richiede il beneficio (quindi essere pensionato, disoccupato, cassintegrato a 0 ore, in mobilità o lavoratore part-time per un massimo di 25 ore settimanali);
 - ☐ non usufruisce di astensione lavorativa retribuita ai sensi della legge n. 104/1992 per almeno 6 mesi nell'anno in corso;
 - ☐ **Buono sociale mensile per assistente familiare regolarmente impiegato**
 - ☐ contratto fino a 20 ore;
 - ☐ contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore;
 - ☐ contratto oltre le 39 ore;
 - ☐ **Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente** (ausilio di un assistente personale con regolare contratto)
 - ☐ **Voucher sociale per adulti/anziani con disabilità** (allegare anche modulo 2)

☐ **Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità** (allegare anche modulo 2)

7) Sta usufruendo dei seguenti servizi socio-sanitari con quota a carico dell'Ente pubblico, **INCOMPATIBILI** con la Misura B2:

- ☐ Voucher anziani o disabili (ex DGR. N. 7487/2017 e n. 2564/2019)
- ☐ Accoglienza definitiva presso Unità di offerta residenziale sociosanitaria o sociale (es: RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissime disabilità)
- ☐ Misura B1
- ☐ Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- ☐ Contributo da risorse PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato.
- ☐ RSA aperta (ex DGR n.7769/2018)
- ☐ Voucher INPS/Home Care Premium

8) Sta usufruendo dei seguenti servizi socio-sanitari con quota a carico dell'Ente pubblico, **COMPATIBILI** con la Misura B2:

Interventi di assistenza domiciliare:

- ☐ Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)
- ☐ Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- ☐ Educativa Domiciliare Minori (ADM)
- ☐ Servizio Educativo Domiciliare Disabili (SADEH)

☐ Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare

☐ Servizi complementari (specificare pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):

☐ Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo

☐ Ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;

☐ Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese)

☐ Progetto ex L. 162/98

☐ Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l. r. n. 15/2015

9) Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

☐ presso la propria abitazione

☐ ricoverata presso la struttura denominata:

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

È fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni
- **prende atto** che in caso di non fosse in possesso di Isee, la DSU deve essere presentata entro il 26/05/2023, pena l’esclusione dalla graduatoria.

In caso di concessione di buono chiede che il pagamento avvenga:

☐ Direttamente al beneficiario, sul c/c di cui si allega IBAN

☐ Come da delega del beneficiario allegata, sul c/c di cui si allega IBAN

al Sig./ra COGNOME _____ NOME _____,

residente nel Comune di _____

in Via _____ n. _____ cap _____ prov. _____

Tel. _____ C.F. _____

ALLEGA

- *Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980;*
- *Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST;*
- *Eventuale certificato di invalidità superiore al 74% di altri componenti il nucleo familiare del beneficiario;*
- *Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell’assistente familiare in cui sia chiaramente riportato il monte ore e costo del servizio o documentazione relativa al contratto di fornitura del servizio di assistenza da parte di soggetto terzo (es Cooperativa);*
- *Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto;*
- *Copia del documento d’identità del beneficiario e del firmatario (se persona diversa);*
- *Eventuale copia del documento d’identità del caregiver familiare;*
- *Codice IBAN rilasciato dalla Banca;*
- *Eventuale Delega alla riscossione del contributo da persona diversa dal beneficiario;*

Data _____

In fede
