

AL COMUNE DI VILLIMPENTA

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 2862/2020 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. cel. mail

Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

Per se stesso

Per il/la Sig/ra

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

in Via /Piazza

Titolo di soggiorno (se stranieri)

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:

presenta la domanda per la prima volta

ha presentato domanda anche l'anno precedente e conferma quanto dichiarato relativamente alla condizione di autonomia

Dichiara inoltre che:

1) ha un Isee di €

non ha ancora l'isee e si impegna a consegnarlo entro 90 giorni dalla protocollazione della domanda

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.18/1980

- 3) frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune

4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
<input type="checkbox"/>	Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di un solo familiare adulto o di soli minori oltre al beneficiario

5) la tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

<input type="checkbox"/>	buono sociale per personale impiegato con regolare contratto
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per compensazione assistenza del caregiver familiare
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto) continuità con annualità precedenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

6) sta usufruendo dei seguenti servizi assistenziali con quota a carico dell'Ente pubblico:

<input type="checkbox"/>	Misura B1	<input type="checkbox"/>	Misura residenzialità leggera per ultra 65enni
<input type="checkbox"/>	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)	<input type="checkbox"/>	Voucher INPS/Home Care Premium
<input type="checkbox"/>	RSA aperta	<input type="checkbox"/>	Progetto ex L. 162/98
<input type="checkbox"/>	Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):	<input type="checkbox"/>	Misura residenzialità leggera per minori con gravissime disabilità
<input type="checkbox"/>	Reddito di autonomia – voucher anziani o disabili	<input type="checkbox"/>	Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese)

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

- presso la propria abitazione
 ricoverata in riabilitazione/Sub-acuti/Cure intermedie/Post acuti

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune di _____ 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.

