

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2019" – (Misura B2) – Triennio 2019-2020 – Annualità 2019

Al C o m u n e di CAVARIA CON PREMEZZO (e-mail: ufficioprotocollo@comune.cavariaconpremezzo.va.it)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ n. ____ Tel. _____

email _____

C H I E D E

A favore di:

- Se stesso
- Della persona _____
 - Persona non autosufficiente / grave disabilità
 - Persona con disabilità grave per progetto di vita indipendente

Minore con disabilità non autosufficiente

nato/a a _____ - _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ n. ____ Tel. _____

In qualità di:

- Genitore
- Genitore affidatario (decreto n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Amministratore di sostegno (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Tutore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Curatore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)
- Familiare
- Altro _____

L'assegnazione/erogazione del seguente intervento

- buono sociale** mensile, anche a diversa intensità, fino ad un importo massimo di euro 400,00 per interventi finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal *caregiver* familiare;
- buono sociale** mensile da euro 200,00 ad euro 400,00 finalizzato al sostegno delle spese di retribuzione per personale di assistenza assunto con regolare contratto;
- buono sociale** mensile fino ad un importo massimo di euro 800,00 per sostenere progetti di vita indipendente di persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, con disabilità grave e con capacità di esprimere la propria volontà, che vivono sole al domicilio e intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il supporto di *caregiver* familiare ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e impiegato con regolare contratto. I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità.
- voucher sociale** mensile fino ad un importo massimo di euro 150,00 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico. Il presente voucher non può finanziare attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre/post-scuola e trasporto.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1) Che il nucleo familiare è così composto come da Stato di famiglia del Comune di _____:

	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di Parentela col beneficiario	CODICE FISCALE
1	Beneficiario				
2					
3					
4					
5					
6					
7					

2) che il beneficiario dell'intervento è:

- persona non autosufficiente** così come risultante dal verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988;
- persona con disabilità grave** così come risultante dalla certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (qualora in attesa di definizione dell'accertamento la relativa certificazione dovrà essere depositata entro e non oltre il termine di scadenza del bando 31/07/2020, pena la non ammissibilità della domanda);
- persona con disabilità grave** con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per il solo intervento di cui all'art. 6 punto c) delle Linee Guida;
- di **cittadinanza** italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;
- in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00**, ammontante ad € _____ pratica n. _____ data attestazione: _____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013.

- di non essere al momento in possesso di Attestazione ISEE socio-sanitario in corso di validità e la simulazione ISEE sociosanitario da sito INPS ammonta ad € _____; e di impegnarsi a far pervenire l'Attestazione ISEE 2020 entro e non oltre il 31 agosto 2020, pena esclusione della domanda.
- in possesso di ISEE ordinario (in caso di minore disabile), ovvero ISEE minorenni in corso di validità, non superiore ad € 40.000,00**, ammontante ad € _____ pratica n. _____ data attestazione: _____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013.
- (in caso di minore disabile) di non essere al momento in possesso di Attestazione ISEE ordinario, ovvero ISEE minorenni, in corso di validità e la simulazione ISEE ordinario, ovvero ISEE minorenni, da sito INPS ammonta ad € _____; e di impegnarsi a far pervenire l'Attestazione ISEE 2020 entro e non oltre il 31 agosto 2020, pena esclusione della domanda.

Dichiara altresì

3) che il beneficiario dell'intervento:

- Frequenta l'Unità d'offerta semiresidenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....) _____ situata nel Comune di _____ per n. _____ ore settimanali con costi:
 - a proprio carico;
 - Con integrazione costi a carico del Comunale e/o del Sistema del Socio-sanitario.
- Non è ricoverato con modalità definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Non percepisce la Misura B1;
- Non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Non beneficia di ricovero di sollievo con il costo del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Non è ricoverato in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
- Non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;
- Non percepisce Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R. n. 15/2015

4) di essere a conoscenza che:

- La concessione dei benefici economici di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un Progetto Individuale - tra le parti (operatori del Comune e ASST, richiedente/rappresentante legale o familiare) che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica.
- La predisposizione del Progetto Individuale è preceduta dalla valutazione multidimensionale effettuata con modalità integrata tra ASST e Comune.
- Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.

- Nel caso in cui la valutazione multidimensionale evidenziasse l'assenza di bisogno assistenziale o di cura non si procederà alla stesura del Progetto Individuale ed alla conseguente erogazione dei benefici economici.
- il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
- Il Comune provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite dalle Linee Guida.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.

CHIEDE

che il contributo dovuto venga accreditato presso:

Intestatario C/C (beneficiario) _____

Istituto Bancario/Posta _____ Sede _____

IBAN:

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

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la Misura B2 al seguente indirizzo email:

_____, addì _____

FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità _____ rilasciato il _____ da _____

Allegati:

- Copia documento di identità
- Permesso di soggiorno
- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992)- versione integrale;
Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 – versione integrale;
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale).
- Domanda per ottenimento certificazione Legge 104/1992
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati: Comune di CAVARIA CON PREMEZZO – posta elettronica certificata: cavariaconpremezzo@actaliscertymail.it – telefono 0331217480. Il Responsabile della protezione dei dati è Gaspari S.r.l.

I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di CAVARIA CON PREMEZZO anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di CAVARIA CON PREMEZZO. e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.