DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI CONTINUITA' BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DEI BENEFICIARI MISURA ANNO 2021

MISURA B2

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 Triennio 2019-2021/Annualità 2021 – Esercizio 2022 .

AL C O M U N E DI e-mail

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail

C H I E D E

A favore di:

☐ Se stesso

☐ Della persona

☐ Persona non autosufficiente / grave disabilità

☐ Minore con disabilità non autosufficiente

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail



In qualità di:

☐ Genitore

☐ Genitore affidatario (decreto n. _____ del _____ Tribunale _____)

☐ Amministratore di sostegn (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)

☐ Tutore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)

☐ Curator (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____)

☐ Familiare

☐ Altro _____

in attuazione della DGR N. 5791/2021 la continuità del BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO già attivato nell'anno 2021 con DGR XI/4138 del 21/12/2020 da € 250,00 ad € 600,00 finalizzato al sostegno delle spese di retribuzione per personale di assistenza assunto con regolare contratto (obbligatorio allegare copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali);

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:

D I C H I A R A

1. 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;

☐ 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 e ss.mm.ii.

☐ **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 e ss.mm.ii.



DICHIARA ALTRESÌ

2. 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 Comune e/o del Sistema 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 preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

☐ Non beneficia dei Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;

☐ Non beneficia della prestazione prevalente della misura Home Care premium/INPS.

3. 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 anche in 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.
- ☐ L'Ufficio di Piano, 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.
- ☐ L'Ufficio di Piano 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 (non indicare IBAN di libretti postali utilizzabili solo per l'accredito delle pensioni):

Intestatario C/C (il beneficiario deve essere intestatario o cointestatario)

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:

- 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 (per i beneficiari della Misura nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- 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 (per i soli beneficiari della Misura B2 nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- 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).
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali del personale regolarmente assunto.
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato



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 e Responsabile della protezione: Comune di – posta elettronica certificata: – tel , provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di 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 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.