

Al Comune di _____

ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 4138 del 21.12.2020

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

- FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE _____
 TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
 CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig. Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare _____

(Nome, cognome, grado di parentela, recapito telefonico)

CHIEDE

Di essere sottoposto/di sottoporre la persona disabile grave o non autosufficiente a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 4138/2020 MISURA B2

- 1)
 - o in prosecuzione con l'anno 2020 (con le medesime condizioni soggettive)
- 2)
 - o in prosecuzione con l'anno 2020 (con modifica delle condizioni soggettive e conseguente aggiornamento della documentazione)
- 3)
 - o come nuova istanza

E A TAL FINE DICHIARA CHE IL POTENZIALE BENEFICIARIO DELLA MISURA B2

- o è residente in uno dei Comuni degli Ambiti Distrettuali di Bellano, Lecco e Merate ed è attualmente al proprio domicilio;
- o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980;
- o ha riconosciuta la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;
- o è in possesso di ISEE socio sanitario in corso di validità (scadenza 31.12.2021) privo di omissioni e difformità, inferiore a 25.000 € (se disabile adulto o anziano) o ISEE ordinario familiare in corso di validità (scadenza 31.12.2021) privo di omissioni e difformità, inferiore a 40.000 € (se disabile minore);
- o non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 4138/2021;
- o non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- o non è beneficiario della misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- o non è beneficiario del Bonus per Assistente Familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R., 15/2015.

E INOLTRE

- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Ente erogatore _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

**indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)*

- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di _____

N. accessi settimanali _____

Assistente Sociale di riferimento _____

(cognome, nome e recapito telefonico)

- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è stabilmente inserita in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali (Specificarne la sede e le ore di inserimento):

o CDD di _____ per ore settimanali n.: _____

o CSE di _____ per ore settimanali n.: _____

o SFA di _____ per ore settimanali n.: _____

o CDI di _____ per ore settimanali n.: _____

o Altro (Es: CDC, Centro Diurno Psichiatria, etc., specificare) _____

_____ per ore settimanali n.: _____

- In caso di minore disabili, che lo stesso frequenta la scuola
 - DELL'INFANZIA c/o l'istituto _____ per ore settimanali n.: _____
 - PRIMARIA c/o l'istituto _____ per ore settimanali n.: _____
 - SECONDARIA DI PRIMO GRADO c/o l'istituto _____
per ore settimanali n.: _____
 - SECONDARIA DI SECONDO GRADO c/o l'istituto _____
per ore settimanali n.: _____

Che l'assistenza è garantita da:

- familiare _____ n. ore giornaliere _____
(cognome, nome e rapporto di parentela)
- non familiare:
 - assistente personale tempo pieno (54 ore settimanali)
 - assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili, secondo quanto stabilito nelle Linee Operative Territoriali del Distretto di Lecco;
- di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata o già in possesso degli uffici responsabili dell'istruttoria;
- di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE al Comune di residenza e comunque entro 30 giorni dalla data di avvenimento qualunque fatto implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del buono sociale, secondo quanto stabilito nel testo della DGR 4138/2020 e nelle Linee Operative territoriali del Distretto di Lecco;
- in caso di riconoscimento di Buono Sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, di impegnarsi a fornire tempestivamente al Servizio Sociale di Base del proprio Comune di residenza le buste paga e i cedolini INPS attestanti il pagamento dei contributi per il periodo di validità del beneficio;
- in caso di ammissione della presente istanza nella graduatoria dei beneficiari della Misura B2 ai sensi della DGR 4138/2020, di **ACCETTARE INDEROGABILMENTE** il contributo previsto secondo la propria situazione soggettiva, così come declinato nelle Linee Operative Territoriali del Distretto di Lecco;
- di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

CONSIDERATO QUANTO SOPRA CHIEDE

Sulla base della DGR 4138/2020– Misura B2, e delle Linee operative territoriali del Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate) per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2020 DGR n. 4138 del 21.12.2020

l'accesso a:

- A. *buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare;*
- B. *buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto;*
- C. *buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto;*
- D. *voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti complessivi di presa in carico e/o interventi specifici a sostegno della vita di relazione.*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003.

Data ___/___/___

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) SE DOMANDA IN PROSECUZIONE CON L'ANNO 2020 CON LE MEDESIME CONDIZIONI SOGGETTIVE

- Attestazione ISEE in corso di validità (scadenza 31.12.2021) priva di omissioni e/o difformità;
- Copia verbale di invalidità civile in corso di validità. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, se non ancora consegnata al Servizio Sociale di base;
- Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: buste paga relative all'anno 2021 già in possesso della famiglia.
- In caso di richiesta di Voucher Sociale in favore di minore, scheda relativa all'ipotesi del Piano di Intervento (All. 6) a cura del Servizio Sociale Comunale.

2) SE DOMANDA IN PROSECUZIONE CON L'ANNO 2020 CON MODIFICA DELLE CONDIZIONI SOGGETTIVE

- Attestazione ISEE in corso di validità (scadenza 31.12.2021) priva di omissioni e/o difformità;
- Copia verbale di invalidità civile in corso di validità. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, se non ancora consegnata al Servizio Sociale di base;
- Altra documentazione attestante la variazione della situazione;
- Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: buste paga relative all'anno 2021 già in possesso della famiglia;
- In caso di richiesta di Voucher Sociale in favore di minore disabile, scheda relativa all'ipotesi del Piano di Intervento (All. 6) a cura del Servizio Sociale Comunale.

3) SE NUOVA ISTANZA ANNO 2021

- Documento d'Identità **dell'assistito**;
- Tessera Sanitaria **dell'assistito**;
- Se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Curatore o Tutore, copia del documento di identità e copia del Decreto di nomina del tribunale;
- Attestazione ISEE in corso di validità (scadenza 31.12.2021) priva di omissioni e/o difformità;
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra (All.2 delle Linee Operative Territoriali DGR 4138/2020);
- Eventuale altra documentazione sanitaria;
- Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, in corso di validità;
- Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e buste paga relative all'anno 2021 già in possesso della famiglia;
- Scheda sociale (All.5) a cura del Servizio Sociale comunale;
- Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4) a cura del Servizio Sociale comunale;
- In caso di richiesta di Voucher Sociale in favore di minore disabile, scheda relativa all'ipotesi del Piano di Intervento (All. 6) a cura del Servizio Sociale Comunale.

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO AI SENSI DELLA DGR 4138/2020

Ai sensi di quanto previsto nelle Linee Operative Territoriali del Distretto di Lecco per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo nazionale per le Non Autosufficienze anno 2020- DGR 4138 del 21.12.2020- Misura B2, **il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

Nel caso di minori il contributo potrà eventualmente essere accreditato su IBAN intestato ai genitori. Non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate.

PERTANTO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F.: _____

residente a _____ prov: _____ in piazza/via _____

recapito telefonico _____ E-Mail: _____

IN QUALITA' DI

DIRETTO INTERESSATO

Oppure

GENITORE DI MINORE

FAMILIARE

TUTORE LEGALE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è stata presentata istanza di valutazione ai sensi della DGR 2862/2020- Misura B2

Signor/a _____ nato a _____ il _____

C.F.: _____

residente a _____ prov: _____ in piazza/via _____

CHIEDE

In caso di accettazione della domanda e di disponibilità di fondi, Il versamento del beneficio spettante su conto corrente bancario/postale

Intestato a _____

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

Filiale/sede di _____

IBAN _____

Luogo e data, _____

IL DICHIARANTE

Allegati:

- Fotocopia documento bancario/postale riportante il codice IBAN;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è presentata istanza di valutazione.