



Al Comune di _____

ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 1253/2019

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)

**Distretto di Lecco****CHIEDE**

Di essere sottoposto a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 1253/2019 MISURA B2

DICHIARA

di aver presentato istanza di valutazione per la misura B1/ beneficiare della misura B1 di cui alla DGR 1253/2019

di aver presentato istanza di accesso ad analoghe prestazioni erogate nel quadro degli interventi previsti da HOME CARE PREMIUM-INPS/ di usufruire di analoghe prestazioni erogate nel quadro degli interventi previsti da HOME CARE PREMIUM-INPS per un importo mensile pari a € _____

di aver presentato istanza di Reddito di Cittadinanza/ di beneficiare dei contributi relativi alle misure REI/Reddito di Cittadinanza per un importo mensile pari a € _____

di aver presentato istanza di accesso ai sostegni del DOPO DI NOI (L.112/2016)/di usufruire dei sostegni del DOPO DI NOI (L. 112/2016)

di aver presentato istanza di accesso ai sostegni del PROVI/di usufruire dei sostegni del PROVI

DICHIARA

- Di essere 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)*

- Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di _____

N. accessi settimanali _____

Assistente Sociale di riferimento _____

(cognome, nome e recapito telefonico)

- Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali (Specificarne la sede e le ore di inserimento):

CDD di _____ per ore settimanali n.: _____

CSE di _____ per ore settimanali n.: _____

SFA di _____ per ore settimanali n.: _____

CDI di _____ per ore settimanali n.: _____

altro (specificare) _____ per ore settimanali n.: _____

- L'assistenza è garantita da:

familiare _____ n. ore giornaliere _____

(cognome, nome e rapporto di parentela)

non familiare: assistente personale tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

**Distretto di Lecco****DICHIARA**

inoltre 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.

Data ___/___/___

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 ALL'ISTANZA

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Documento d'Identità dell'assistito
- Tessera Sanitaria dell'assistito
- Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento oppure art. 3 comma 3 L.104/92
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra** (All.2 delle Linee operative locali DGR 1253/2019, anche in caso di persona già beneficiaria della misura per l'annualità 2018)
- Eventuale altra documentazione sanitaria
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale
- Scheda sociale (All.5 (5bis per le situazioni già in carico nel 2018 e per le quali non si segnalano variazioni)) a cura del Servizio Sociale comunale
- Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4) a cura del Servizio Sociale comunale

**SCHEDA INTERVENTI**

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 1253/2019– Allegato B, 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 2018 DGR n. 1253 del 12.02.2019 Misura B2

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.*

Data e luogo _____

Firma _____

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.

Data e luogo _____

Firma _____