

Prot. n.....
del.....

Al Comune di

epc. All'Ufficio di Piano
del Distretto Sociale Paullese

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave
o in condizione di non autosufficienza
(MISURA B2 – DGR n. 7856 del 12.02.2018)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. di il

Residente in via/piazza n°

Comune di Prov. C.A.P.

telefono cellulare

stato civile Codice fiscale

In qualità di:

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE grado di parentela.....
- TUTORE nominato con decreto n.....del.....
- CURATORE nominato con decreto n.....del.....
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n.....del.....

del Sig./ Sig.ra:

Cognome Nome.....

nato/a a Prov. di il.....

Residente in via/piazza n°

Comune di Prov. C.A.P.

telefono cellulare

Codice fiscale

CHIEDE

- Per sé
- Per conto del beneficiario

Di accedere ad una o più delle seguenti prestazioni previste dalla D.G.R. n. X / 7856 del 12/02/2018, misura B.2, previa valutazione dell'Assistente Sociale del Comune di residenza e della Commissione Distrettuale.

<input type="checkbox"/>	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare
<input type="checkbox"/>	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver professionale
<input type="checkbox"/>	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente
<input type="checkbox"/>	Voucher sociali per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- Che il beneficiario:
 - era in carico alla Misura B2 con l'annualità FNA precedente (Misura B2 2017)
 - è in carico alla Misura RSA aperta (ex DGR n. 7769/2018)
 - non era in carico alla Misura B2 con l'annualità FNA precedente ma è:
 - ultra 85 anni – non autosufficiente
 - chiede il progetto di vita indipendente
 - di età \geq 50 anni e non beneficiario di altri interventi
- Che il beneficiario:
 - è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
 - percepisce l'indennità di accompagnamento (legge n. 18/1980)
- Che il beneficiario percepisce:
 - Reddito di Autonomia (DGR n. 5672/2016)
 - Dopo di Noi (DGR n. 6674/2017)
 - Altro (es: INPS, Home Care Premium.....)
- Che il beneficiario:
 - usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) erogato da.....
- Che il beneficiario frequenta un'unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali (CDD, CSE, Centro Diurno per anziani ecc...):
 - tempo pieno
 - part time

- Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:
 - ISEE ORDINARIO pari a euro
 - ISEE SOCIOSANITARIO pari a euro
 - ISEE RISTRETTO pari a euro
 come da allegata certificazione;
- Che le persone inserite nello stato di famiglia del richiedente sono quelle indicate nella tabella sottostante;

	Grado di parentela	Nominativo	Data di nascita	Professione	Note
1	<i>richiedente</i>				
2					
3					
4					
5					

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante:
 - la situazione economica e reddituale, la situazione sanitaria e sociale del beneficiario degli interventi;
 - l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 - eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla D.G.R. n. X/7856 del 12/02/2018 - Misura B.2;
- Che, nel caso di erogazione del buono sociale, il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente bancario
- n°intestato/cointestato a.....
(*il conto corrente deve essere intestato o cointestato al beneficiario*)

Istituto di credito.....

Agenzia di.....

Codice IBAN:

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

Si allega alla presente:

- ❑ Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- ❑ Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- ❑ 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.
- ❑ Certificazione ISEE in corso di validità
- ❑ Verbale di invalidità
- ❑ Certificato di condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
- ❑ Eventuale ulteriore documentazione sanitaria utile
- ❑ Eventuale altra documentazione sociale
- ❑ Copia del contratto di assunzione del caregiver professionale (badante) e/o dell'assistente personale individuato per il supporto ai progetti di vita indipendente
- ❑ Autodichiarazione dei requisiti del caregiver familiare
- ❑ Preventivo di spesa per l'erogazione del voucher sociali per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità

Nel caso di erogazione del buono sociale:

- ❑ Copia fotostatica di una comunicazione bancaria contenente l'IBAN.

Gli allegati sono obbligatori e l'assenza di tutti gli allegati comporterà la non validazione dell'istanza alla data di consegna – la domanda potrà essere comunque ripresentata con nuovo protocollo.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese è, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data:

Firma leggibile:

.....

Espressione di consenso informato e autorizzazione al trattamento dei dati sensibili e sanitari.

Il sottoscritto (*cognome e nome*)

nato aProv.....il

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto;

- presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari
- presta il suo consenso all'utilizzo dei dati sensibili e la loro trasmissione agli Enti coinvolti nell'erogazione di prestazioni e/o concessione di contributi

Firma leggibile

Considerato che il Sig./la Sig.ra (*cognome e nome*)

.....

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere.

Il/La sottoscritto/a (*cognome e nome*)

In qualità di:

- familiare (indicare il grado di parentela)
- esercente la patria potestà
- convivente
- tutore
- amministratore di sostegno
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari in nome e per conto del

Sig./Sig.....

Luogo e data:

Firma leggibile:

.....

.....