Al Comune di CARONNO VARESINO

DOMANDA

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA anno 2024
D.g.r 3719/24 – Misura B2

INTERVENTI DIRETTI ED INDIRETTI
A FAVORE DI
PERSONE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE
O PERSONE CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO
O MOLTO ELEVATO

PRESENTATA A FAVORE DI:

Nome e cognome (del beneficiario della misura)

_____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____CAP_____ Via _____n. ____

Provincia _____ Tel._____

e-mail _____

Codice fiscale _____

DA (barrare la casella corrispondente)

- o DIRETTO INTERESSATO

oppure

- o FAMILIARE Grado di parentela _____
- o TUTORE nominato con decreto _____n._____ del_____
- o CURATORE nominato con decreto_____n._____ del_____
- o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto_____

  n._____ del_____

DATI DEL FAMILIARE/TUTORE/CURATORE/AMM.RE SOSTEGNO che presenta la domanda

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____il_____ sesso M F

Residente a _____ CAP_____Via _____n _____

Provincia _____

Tel. _____ e-mail _____

CHE AL FINE DI ACCEDERE ALLE MISURE PREVISTE:

Buono sociale mensile – ASSISTENZA INDIRETTA - al **caregiver familiare**

(oppure)

Buono sociale mensile – ASSISTENZA INDIRETTA - per **Assistente familiare regolarmente assunto** anche in presenza di Caregiver familiare;

E/O

ASSISTENZA DIRETTA – SERVIZI INTEGRATIVI SOCIALI

chiede

☐ A) **DI PRESENTARE NUOVA ISTANZA**;

(oppure)

☐ B) **DI PRESENTARE ISTANZA IN CONTINUITÀ CON L'ANNO PRECEDENTE**;

A) NEL CASO DI NUOVA DOMANDA DI ALLEGARE:

(mettere crocetta di fianco al documento presentato)

Copia del documento di identità dell'interessato e del richiedente se persona diversa;
copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale (*se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore)*
Tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
Attestazione ISEE in corso di validità. L'ISEE richiesto per i maggiorenni è il cosiddetto **ISEE socio-sanitario**, per i minorenni è quello ordinario,
Valore ISEE € _____
Copia del certificato di invalidità e della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 oppure dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980 con **scadenza il _____**
Eventuale contratto di assunzione dell'assistente familiare;
Eventuale certificazione frequenza centri diurni (con indicazione n. _____di ore mensili effettive di frequenza – MAX 18 ORE);
copia IBAN CONTO CORRENTE BANCARIO INTESTATO/ COINTESTATO AL BENEFICIARIO DELLA MISURA

B) NEL CASO DI CONTINUITA' CON L'ANNO PRECEDENTE AUTO DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:

Copia del certificato di invalidità e della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 oppure dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980 con **scadenza il _____**
Eventuale contratto di assunzione dell'assistente familiare, in essere.

E DI ALLEGARE COPIA ISEE IN CORSO DI VALIDITA' ANNO 2025. L'ISEE richiesto per i maggiorenni è il cosiddetto **ISEE socio-sanitario,** per i minorenni è quello ordinario,
Valore ISEE € _____
copia IBAN CONTO CORRENTE BANCARIO INTESTATO/ COINTESTATO AL BENEFICIARIO DELLA MISURA

Il richiedente si impegna a comunicare al Comune ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del beneficio.

CHIEDE PERTANTO

La valutazione multidimensionale integrata per il beneficiario Misura B2.

PRENDE ATTO CHE:

la misura **non è compatibile** con:

- progetti di intervento a sostegno della famiglia, anche in ottica di sollievo, che offrono alla persona con disabilità di poter trascorrere fuori casa alcune ore per attività di supporto, socializzazione e svago realizzate presso ad es. CDD, RSD, CSE ecc. oppure organizzate da Enti del Terzo Settore in raccordo con i Comuni/Ambiti, senza configurarsi in termini di una presenza più organizzata quantificata dal presente provvedimento **OLTRE LE 18 ore settimanali**;
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP;

DICHIARA

Di beneficiare delle seguenti misure/prestazioni:

interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
sostegni Dopo di Noi;
Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

di essere a conoscenza che il Servizio Sociale Comunale potrà procedere con controlli a campione come previsto dall'art. 9 del regolamento DGR 3791/2024.

di essere a conoscenza che ASST SETTE LAGHI e L'AMBITO TERRITORIALE DI AZZATE, 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.**

Regolamento Europeo UE 2016/679 GDPR Art.13

1.In caso di raccolta presso l'interessato di dati che lo riguardano, il titolare del trattamento fornisce all'interessato, nel momento in cui i dati personali sono ottenuti, le seguenti informazioni:
a) l'identità e i dati di contatto del titolare del trattamento e, ove applicabile, del suo rappresentante;
b) i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati, ove applicabile;
c) le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali nonché la base giuridica del trattamento;
d) qualora il trattamento si basi sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera f), i legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi;
e) gli eventuali destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali;
f) ove applicabile, l'intenzione del titolare del trattamento di trasferire dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale e l'esistenza o l'assenza di una decisione di adeguatezza della Commissione o, nel caso dei trasferimenti di cui all'articolo 46 o 47, o all'articolo 49, secondo comma, il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali dati o il luogo dove sono stati resi disponibili.
2.In aggiunta alle informazioni di cui al paragrafo 1, nel momento in cui i dati personali sono ottenuti, il titolare del trattamento fornisce all' interessato le seguenti ulteriori informazioni necessarie per garantire un trattamento corretto e trasparente:
a) il periodo di conservazione dei dati personali oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
b) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
c) qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), l'esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
d) il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
e) se la comunicazione di dati personali è un obbligo legale o contrattuale oppure un requisito necessario per la conclusione di un contratto, e se l'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali nonché le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati;
f) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato.
3.Qualora il titolare del trattamento intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento fornisce all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente di cui al paragrafo 2.
4.I paragrafi 1, 2 e 3 non si applicano se e nella misura in cui l'interessato dispone già delle informazioni.

_____

(Firma del Richiedente)

Luogo e data , _____

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE CONVIVENZA/NON CONVIVENZA CON PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE PER RICHIESTA MISURA B2

_l_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____Via _____

carta identità n. _____ rilasciato da _____ in data _____ n. telefono _____

eventuale indirizzo di posta elettronica _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

D I C H I A R A

Di essere caregiver del familiare in quanto:

Coniuge/convivente
Figlio/i
Ambedue i genitori
Padre
Madre
Fratello/i + sorella/i
Cugino/a
Nuora/Genero
Cognato/a
Zio/a
Nessuno
Altro
di abitare
di non abitare e distare dal familiare a km._____

e di prestare assistenza attiva per un totale di _____ ore al giorno con le seguenti funzioni:

Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza;
Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione);
Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ecc.);
Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ecc);
Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema);

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi dell''art. 13 del Regolamento UE 679/16.

Luogo e data _____

Firma

_____