

N. Prot. e data di presentazione della
domanda _____
(compilazione riquadro a cura dell'Ass. Soc. Comunale)

Spett.le
Comune di _____

DOMANDA PER ACCESSO ALLA MISURA A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DI PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE - MISURA B2

Il sottoscritto (**richiedente**)

Nato a il

Residente a via

Cellulare E-mail

Codice fiscale

in qualità di

Beneficiario

Caregiver

Rapporto con il beneficiario

in nome e per conto di (**beneficiario**)

me stesso

del/la sig./ra

Nato a il

Residente a via

Telefono Email

Codice fiscale

- a conoscenza del disposto dell'art.76 del DPR 445/2000 che testualmente recita: *“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 (certificazione) e 47 (notorietà) e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4 – 2° comma – (impedimento temporaneo) sono considerate come fatte a pubblico ufficiale. (omissis).”;*
- fermo restando, a norma del disposto dell'art. 75 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità con riferimento all'Avviso per l'erogazione di misure a favore di anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e di persone con disabilità grave – Misura B2;

CHIEDE, DI POTER ACCEDERE

**ALLA MISURA A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO
ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE (MISURA B2)**

A tal fine **DICHIARA:**

che il beneficiario è assistito dal seguente Caregiver Familiare:

Nome e cognome del caregiver familiare: _____

Rapporto di parentela con il beneficiario: _____

che per il beneficiario è stato regolarmente assunto personale di assistenza:

Nome e Cognome dell'assistente familiare: _____

N. ore di lavoro settimanali come da contratto: _____

Codice identificativo INPS del rapporto di lavoro: _____

- che il beneficiario è **residente** in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale erbese;
- che il beneficiario è **in condizioni di gravità ai sensi del c. 3 dell'art. 3 della Legge 104/92 e/o è fruitore dell'indennità di accompagnamento;**
- che il beneficiario è in possesso di regolare permesso di soggiorno (se cittadino extracomunitario);
- che il beneficiario è in possesso di un indicatore **ISEE sociosanitario** valido o in corso di validità non superiore a € 25.000,00 (in caso di maggiorenni) o **ISEE ordinario** valido o in corso di validità non superiore a € 40.000,00 (in caso di minorenni);
- che si impegna a comunicare tempestivamente **in forma scritta il verificarsi di un evento che comporti il venir meno, anche temporaneo, del diritto alla misura**, secondo quanto previsto dal bando pubblicato dal Consorzio Erbese;
- di essere a conoscenza che il Consorzio Erbese procederà alle verifiche ed ai controlli di rito, nonché di essere consapevole che, con la sottoscrizione e presentazione della presente domanda, comunque autorizza il predetto Ente ad effettuare ogni opportuna verifica e controllo in relazione ai dati, informazioni ed attestazioni contenute nel presente modulo;
- che, in caso di beneficiari minorenni, l'altro genitore è stato informato e concorda circa la richiesta della misura, le sue modalità di erogazione e la tipologia di interventi da attivare;
- di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali (Allegato B);
- che lo **stato di famiglia** anagrafico del beneficiario risulta **così composto:**

<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>
			BENEFICIARIO

- che non è ancora stato convocato per la **revisione del certificato di invalidità in scadenza.**

Dichiara inoltre che il beneficiario (barrare la voce che interessa):

- NON FREQUENTA alcuna unità di offerta semiresidenziale (sociosanitaria o sociale: CSE, CDD, CDI,...);

Albavilla, Alserio, Alzate Brianza, Anzano del Parco, Asso, Barni, Brenna, Caglio, Canzo, Caslino d'Erba, Castelmarte, Erba, Eupilio, Lambrugo, Lasnigo, Longone al Segrino, Magreglio, Merone, Monguzzo, Orsenigo, Ponte Lambro, Proserpio, Pusiano, Rezzago, Sormano, Valbrona, Veleso, Zebio

- FREQUENTA la seguente unità di offerta semiresidenziale (socio-sanitaria o sociale: CSE, CDD, CDI,...): _____ per _____ ore settimanali.

DICHIARA altresì che il beneficiario usufruisce delle seguenti misure (barrare per ciascuna voce):

- | | | |
|---|-----|----|
| • Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità) | SI' | NO |
| • Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019) | SI' | NO |
| • Misura B1 | SI' | NO |
| • Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato | SI' | NO |
| • Ricovero di sollievo a totale carico del Fondo Sanitario Regionale | SI' | NO |
| • Ricovero di sollievo per più di 60 giorni nell'arco dell'anno (se adulto) | SI' | NO |
| • Ricovero di sollievo per più di 90 giorni nell'arco dell'anno (se minore) | SI' | NO |
| • Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 | SI' | NO |
| • Home Care Premium/INPS HCP | SI' | NO |
| • Sostegni Dopo di Noi | SI' | NO |

DICHIARA il proprio interesse all'attivazione dei seguenti interventi:

- BUONO PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INDIRETTA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE
- BUONO PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO
- INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA

L'interesse espresso per ogni intervento sarà soggetto a valutazione dell'equipe multidimensionale e all'elaborazione del Piano Individualizzato da parte del Case Manager.

CHIEDE che l'eventuale buono riconosciuto venga **accreditato sul conto corrente** (bancario o postale – NO LIBRETTO POSTALE) intestato o cointestato al beneficiario:

C.F. _____ (se diverso dal quello della persona invalida)

Banca / ufficio postale: _____

IBAN _____

(allegare documento dell'istituto di credito con indicazione del codice IBAN)

L'avviso di pagamento sarà inviato all'indirizzo e-mail indicato nella domanda.

In caso di riscossione da parte del caregiver familiare, è necessario allegare una delega da parte del beneficiario del contributo che specifichi l'assenza di un conto corrente intestato alla sua persona.

DICHIARA di allegare alla presente istanza:

- fotocopia del documento di identità/permesso di soggiorno del beneficiario;
- fotocopia del documento di identità/permesso di soggiorno del caregiver familiare;
- attestazione Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) e dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) o ricevuta di presentazione della DSU;
- certificazione della disabilità grave (ex l. 104/92, art. 3, c.3) e/o verbale di riconoscimento dell'invalidità civile, attestante il diritto all'indennità di accompagnamento;

- documento dell'Istituto di Credito con l'indicazione del Codice Iban sul quale si richiede l'eventuale accredito del beneficio;
- Altro (specificare): _____

Luogo, *data*

Il richiedente

COMPILAZIONE DEL RIQUADRO A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

INDICARE INTERVENTI DA ATTIVARE:

- BUONO PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA INDIRETTA ASSICURATE DAL CAREGIVER FAMILIARE
- BUONO PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO
- INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA

Case Manager: _____

Firma Case Manager
