

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Oggetto: **Richiesta di accesso alla MISURA B2\_ A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO, FNA 2024\_esercizio 2025**

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il ..... Residente a .....

in Via /Piazza ..... CF .....

Tel. .... mail .....

**CHIEDE**

Per se stesso

Per il/la Sig/ra .....

nato/a..... il ..... e residente a .....

in Via /Piazza ..... CF .....

Tel..... mail .....

Rispetto al beneficiario il richiedente è .....

**DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA B2\_ A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO**

Allo scopo si dichiara che il sottoscritto, o la persona per cui si chiede la misura, qualora fosse beneficiario del contributo:

RICHIEDE GLI INTERVENTI MISURA B2 PER LA PRIMA VOLTA

HA GIA' BENEFICIATO DI INTERVENTI MISURA B2 CON ANNUALITA' PRECEDENTI

Elemento di priorità

PERSONA BENEFICIARIA, NELL'ANNUALITA' PRECEDENTE, DEL BUONO ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO

SI  NO

**DICHIARA INOLTRE CHE**

ha un Isee di € .....

non ha ancora l'Isee e si impegna a presentarlo entro la data di scadenza del bando.

si trova in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992, ovvero è beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988

- Frequenta il Centro Diurno .....con retta mensile a **totale carico** della Pubblica Amministrazione con frequenza
- a tempo pieno  
 a tempo parziale

NON frequenta un Centro Diurno

È destinatario di progetti/o ex fattispecie L.162/98 nell'anno in corso

Ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

- Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
- Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
- Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
- Presenza nel nucleo di un solo componente adulto o di soli minori oltre al beneficiario
- Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario

La tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

### **ASSISTENZA INDIRETTA**

**Buono sociale mensile caregiver familiare**

nominativo caregiver .....

grado di parentela .....

**Buono sociale mensile per assistente familiare regolarmente impiegato**

- contratto fino a 20 ore;
- contratto oltre le 20 ore e fino a 39 ore;
- contratto oltre le 39 ore;

**Assegno autonomia per progetti di vita indipendente** (con l'ausilio di un assistente personale con regolare contratto)

### **ASSISTENZA DIRETTA**

#### **Interventi sociali integrativi**

**Supporto e sollievo ai caregiver familiari** (allegare Modulo 2)

**Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente** (allegare Modulo 2)

Sta usufruendo dei seguenti servizi, **INCOMPATIBILI** con la Misura B2:

- Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
- 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;
- Prestazione universale di cui agli artt.34-36 del Dlgs 29/2024;
- Home Care Premium/INPS HCP.

Sta usufruendo dei seguenti servizi **COMPATIBILI** con la Misura B2:

Interventi di assistenza domiciliare:

- Servizio Assistenza Domiciliare (SAD-SADH)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Educativa Domiciliare Minori (ADM)
- Servizio Educativo Domiciliare Disabili (SADEH)
- 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;
- Progetti "Dopo di noi" (specificare quali spese) .....
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l. r. n. 15/2015
- 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 fino a 18 ore settimanali

Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

- presso la propria abitazione
- ricoverato presso la struttura denominata: .....

In caso di concessione del beneficio si chiede che il pagamento avvenga:

- Direttamente al beneficiario, sul c/c di cui si allega IBAN
- Come da delega allegata dal beneficiario/ads/tutore, sul c/c di cui si allega IBAN

al Sig./ra COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### **MONITORAGGIO E CONTROLLI**

Il Comune potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

**È fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.**

Il sottoscritto:

- **PRENDE ATTO** che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell’istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all’attività dell’Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata nei limiti sopraindicati. Il trattamento e l’archiviazione dei dati avverrà mediante l’utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito mediante supporti cartacei e/o attraverso mezzi informativi. I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- operatori degli uffici Asst afferenti ad Ats, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento delle attività istituzionali;
- operatori degli uffici Ats, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento delle attività istituzionali;
- società/enti /aziende accreditate e contrattualizzate per l’erogazione del voucher sociosanitario e nominate responsabili del trattamento dei dati personali;
- società/enti /aziende che per conto di Ats, forniscono servizi specifici elaborativi che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell’ente do attività necessarie all’esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Ufficio di Piano, nell’ambito delle verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socioassistenziali con i servizi sociosanitari;
- suo medico di famiglia (MMG o pediatra)

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

- **PRENDE ATTO**, inoltre, che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni;

- **PRENDE ATTO** che la certificazione Isee deve essere consultabile entro la data di chiusura del bando, pena l’esclusione dalla graduatoria.

*Luogo e data*

*Firma*

---

---

**ALLEGA**

- *Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980;*
- *Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST;*
- *Eventuale certificato di invalidità superiore al 74% di altri componenti il nucleo familiare del beneficiario;*
- *Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto;*
- *Copia del documento d'identità del beneficiario e del firmatario (se persona diversa);*
- *Codice IBAN rilasciato dalla Banca;*
- *Eventuale Delega alla riscossione del contributo da persona diversa dal beneficiario;*
- *Se richiesto buono sociale caregiver: copia del documento d'identità del caregiver familiare;*
- *Se richiesto buono sociale assistente familiare/assegno autonomia: copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare in cui sia chiaramente riportato il costo del servizio o documentazione relativa al contratto di fornitura del servizio di assistenza da parte di soggetto terzo (es Cooperativa) e copia ultima busta paga.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_