

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



AL C O M U N E DI CASSANO MAGNAGO

e-mail: protocollo@cassano-magnago.it

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI - MISURA B2

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO – DRG XII/3719 del 30.12.2024

Il/La sottoscritto/a

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail

C H I E D E

A favore di:

☐ Se stesso

☐ Della persona

☐ persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale

☐ persona adulta con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

☐ persona minore con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

nato/a a Prov. il

C.F. residente a

in Via n.

Tel. e-mail

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



In qualità di:

☐ Genitore

☐ Genitore affidatario (decreto n. del Tribunale)

☐ Amministratore di sostegno (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Tutore (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Curatore (atto di nomina n. del Tribunale)

☐ Familiare

☐ Altro

di poter accedere alla valutazione degli interventi di sostegno e supporto previsti dalla MISURA B2 per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita di seguito riportati (i buoni non sono tra loro cumulabili):

☐ **BUONO SOCIALE mensile CAREGIVER FAMILIARE** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal **SOLO caregiver familiare**;

☐ **INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI -Assistenza diretta** (non indicabile in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato)

☐ **BUONO SOCIALE mensile PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO** (anche in presenza di caregiver familiare) – Obbligatorio allegare copia del contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento contributi previdenziali;

☐ **BUONO ASSEGNO DI AUTONOMIA** finalizzato a sostenere progetti di vita indipendente a favore di persone maggiorenni che intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza supporto di caregiver familiare ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e impiegato con regolare contratto. I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'autodeterminazione e il miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità. Il progetto deve prevedere l'assunzione contratto (obbligatorio allegare copia contratto di lavoro in corso di validità e copia versamento dei contributi previdenziali);

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/00, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DICHIARA

1. che il beneficiario dell'intervento è:

☐ **persona in condizioni di gravità** così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 (in caso di assenza del verbale che attesti tale dichiarazione, può essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile);

☐ di cittadinanza italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;

☐ **in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00 (solo per**

Assegno per l'Autonomia ISEE ≤ 30.000), ammontante ad € pratica n.

data attestazione: ; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

☐ **in possesso di ISEE ordinario (in caso di minore disabile), ovvero ISEE minorenni in corso di validità, non superiore ad € 40.000,00,** ammontante ad € pratica n.

data attestazione: ; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

DICHIARA ALTRESÌ

2. che il beneficiario dell'intervento:

☐ Frequenta l'Unità d'offerta semi-residenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....), anche di natura sperimentale situata nel Comune di

con con integrazione costi a carico del Comune e/o del Sistema Socio-sanitario;

☐ Non è ricoverato con modalità definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

☐ Non percepisce la Misura B1;

☐ Non percepisce contributo da risorse Progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;

☐ Non beneficia di ricovero di sollievo con il costo del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

☐ Non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

☐ Non beneficia della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;

☐ Non beneficia della misura Home Care premium/INPS.

3. Individua come caregiver familiare il/la Sig/ra (cognome e nome)

specificare grado parentela Codice fiscale

(allegare documento d'identità) che dedica ore al giorno alla funzione di Caregiver (vedi nota in avviso).

CAIRATE SAMARATE SOLBIATE ARNO CASSANO MAGNAGO OGGIONA CON S. STEFANO JERAGO CON ORAGO CAVARIA CON PREMEZZO ALBIZZATE

GALLARATE

- La concessione dei benefici economici di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un Progetto Individuale - tra le parti (operatori del Comune e ASST, richiedente/rappresentante legale o familiare) che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica.
- La predisposizione del Progetto Individuale è preceduta dalla valutazione multidimensionale effettuata anche in modalità integrata con ASST e che in fase di valutazione multidimensionale sarà verificata l'appropriatezza degli interventi richiesti.
- Nel caso in cui la valutazione multidimensionale evidenziasse l'assenza di bisogno assistenziale o di cura non si procederà alla stesura del Progetto Individuale ed alla conseguente erogazione dei benefici economici.
- I Progetti possono essere modificati nel tempo conseguentemente al mutare della situazione;
- Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.
- L'Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
- L'Ufficio di Piano provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite nell'Avviso.

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.

che il contributo dovuto venga accreditato presso (non indicare IBAN di libretti postali utilizzabili solo per l'accredito delle pensioni):

Istituto Bancario/Posta	Sede
-------------------------	------

[illegible]

addì

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità rilasciato il da

Allegati:

- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) - versione integrale
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle L. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 – versione integrale
- In caso di assenza dei verbali sopra riportati potrà essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale).
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali del personale regolarmente assunto.
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Titolo di soggiorno del beneficiario
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Cassano Magnago – posta elettronica certificata: protocollo.comune.cassanomagnago@pec.regione.lombardia.it – tel 0331.283311, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di Cassano Magnago anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di Cassano Magnago e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.