

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 RIAPERTURA A SPORTELLO ESCLUSIVAMENTE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DIRETTA)

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):

☐ **INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI -Assistenza diretta** (non indicabile in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato)- gli interventi integrativi sociali ammessi a finanziamento potranno essere attivati a seguito della definizione e sottoscrizione del Progetto Individuale e dovranno essere realizzati **entro il 30.06.2026**, nel rispetto delle finalità della Misura B2 e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

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:

D I C H I A R A

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.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



[] 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).

4. di essere a conoscenza che:

- ☐ 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;

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- ☐ 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.

SI IMPEGNA

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

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la Misura B2 al seguente indirizzo email:

 addì

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
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Titolo di soggiorno del beneficiario

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



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.