All. n.2

**AL COMUNE DI**

**……………………………..**

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2024 – ESERCIZIO 2025 – MISURA B2

Domanda per l’accesso alle Misure previste dalla DGR 3719/2024 (Misura B2)

**IL SOTTOSCRITTO:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE **|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_**

**CHIEDE**

l’accesso alla Misura prevista dal Fondo Non Autosufficienza anno 2024 – esercizio 2025:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** - Buono sociale mensile – assistenza assicurata dei caregivers | |  |
| **B** - Buono sociale mensile per assistenza assicurata da parte di assistenti familiari retribuiti | |  |
| **C** - Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente | |  |
| D-1) Interventi integrativi sociali MINORI con disabilità | €.3.600,00  Budget previsto per interventi socio-educativi ADH |  |
| €.2.000,00  Progettualità di supporto e sollievo / progettualità di benessere e miglioramento della vita |  |
| D-2) Interventi integrativi sociali ADULTI con disabilità | €.3.000,00  Budget previsto per interventi socio-assistenziali (SAD/SADH/ADH) |  |
| €.2.000,00  Progettualità di supporto e sollievo / progettualità di benessere e miglioramento della vita |  |
| D-3) Interventi integrativi sociali ANZIANI | €.3.000,00  Budget previsto per interventi socio-assistenziali (SAD/SADH/ADH) |  |
| €.2.000,00  Progettualità di supporto e sollievo / progettualità di benessere e miglioramento della vita |  |

**in favore di** (selezionare una delle due alternative)

**□ SE STESSO**

**□ BENEFICIARIO** (qualora diverso dal richiedente – es. padre, madre, figlio, etcc….)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_

**Specificare il rapporto con il beneficiario**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all’art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

Diagnosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certificazione invalidità: \_\_\_\_\_\_\_%

Attestazione dell’art. 3, comma 3 della L. 104 SI NO

Indennità di accompagnamento: SI NO

Valore ISEE: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | ISEE Ordinario o CORRENTE |
| 02 | ISEE Sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico |
| 03 | ISEE Sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne |
| 04 | ISEE Minorenni |

**Presentazione DSU in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (da compilare solo in assenza di certificazione ISEE)**

Barrare con X la condizione:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO** | | | | | |
| 01 - Coniuge/convivente |  | 06 - Ambedue i genitori |  | 11 - Madre + fratello/i + sorella/e |  |
| 02 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i |  | 07 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e |  | 12 - Fratello/i + sorella/e |  |
| 03 - Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i |  | 08 - Padre |  | 13 - Figlio/a/i |  |
| 04 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i |  | 09 - Padre + fratello/i + sorella/e |  | 14 - Solo |  |
| 05 - Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori |  | 10 - Madre |  | 15 – Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI CAREGIVER** | | | | | |
| 01 - Coniuge/convivente |  | 06 - Madre |  | 10 - Cognato/a |  |
| 03 - Figlio/a/i |  | 07 - Fratello/i + sorella/i |  | 11 - Zio/a |  |
| 04 - Ambedue i genitori |  | 08 - Cugino/a |  | 12 - Nessuno |  |
| 05 - Padre |  | 09 - Nuora/Genero |  | 13 – Altro \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

*\* Per assistente familiare barrare 13 - Altro*

* **Che il CAREGIVER è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(cognome e nome)

Il Caregiver è convivente SI □ NO □

Ore al giorno di assistenza attiva: n. ore \_\_\_\_\_\_\_

**Tipologia di assistenza da parte del Caregiver:**

* Igiene personale e/o gestione continenza SI □ NO □
* Alimentazione SI □ NO □
* Mobilità SI □ NO □
* Gestione Terapia SI □ NO □
* Supporto Sociale e alla comunicazione SI □ NO □
* **ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO per almeno 15 ore settimanali e assunto con regolare contratto (IN ALTERNATIVA LETTERA DI INTENTI) per n. ore settimanali complessive …………………..**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO** | | | | | |
| 01 - Assistente Personale convivente 24 h |  | 02 - Assistente Personale tempo pieno – **25/40 h**  **settimanali** |  | 03 - Assistente Personale tempo parziale – **15/24 h settimanali** |  |
| 07- Altro |  | 08 - Nessuno |  |  |  |

**Il beneficiario:**

* Frequenta Unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie (CDD – CDI) o sociali (CSE – SFA) o altri interventi sperimentali continuativi (palestre per vita indipendente, attività sperimentali ai sensi della L. 112 SI  NO 

*Motivi di esclusione per incompatibilità:*

* Misura B1 SI □ NO□
* Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 SI □ NO□
* Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 SI □ NO□
* PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato SI □ NO□
* Home care Premium INPS SI □ NO□
* Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024; SI □ NO□

Il beneficiario/il familiare, in fase di assegnazione del contributo si impegna a scegliere uno dei due benefici ed a comunicarlo tempestivamente a Comuni Insieme

* Utilizza altri servizi:

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali) |
| 02 | Ricovero di sollievo RSA/RSD |
| 03 | ADI/ C-DOM |
| 04 | SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.) |
| 05 | Protesi/ausili |
| 12 | Servizi Prima Infanzia/Scuola dell’Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado |
| 13 | CSE |
| 14 | CDD |
| 15 | CDI |
| 16 | Riabilitazione ambulatoriale |
| 17 | Riabilitazione domiciliare |
| 18 | Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale |
| 20 | Prestazioni Home Care Premium |
| 21 | Sostegno “Dopo di Noi” |
| 22 | Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura) |
| 23 | Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015) |
| 24 | Pro.Vi. ministeriale attivato dall’Ambito territoriale (FNA) |
| 25 | SFA |
| 08 | Nessuno |

Nel caso di accoglimento della domanda, il beneficiario indica, ai fini dell’accredito di eventuali benefici economici, l’IBAN del c/c (non sono ammessi libretti postali) intestato a:

* Beneficiario

**Oppure**

* Diverso Intestatario

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN (27 caratteri)

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**ALLEGATI:**

* FOTOCOPIA CARTA IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE
* ATTESTAZIONE ISEE (o DSU)
* VERBALE INVALIDITA'
* INDENNITA’ ACCOMPAGNAMENTO
* L.104
* CONTRATTO ASSISTENTE PERSONALE
* LETTERA INTENTI

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l’accesso alla Misura FNA – B2 e Programma operativo Regionale Caregiver Familiare, sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è il Comune di residenza dell’interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati è l’A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE, in quanto Ente capofila dell’Ambito Di Garbagnate M.se.

Il Data Protection Officer, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è Trust Data Solution s.r.l. di Cristiano Ornaghi.

Con la sottoscrizione in calce alla domanda l’interessato presta il consenso al trattamento dei dati personali anche particolari ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/16.

IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE** |

**Tipologia assistito (Barrare con X la condizione):**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza) |
| 02 | Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...) |
| 03 | Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...) |
| 04 | Malattia del motoneurone |
| 05 | Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...) |
| 06 | Disabilità sensoriale |
| 07 | Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...) |
| 08 | Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico) |
| 09 | Ritardo mentale |
| 10 | Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...) |
| 11 | Distrofie muscolari e altre miopatie |
| 12 | Sclerosi Multipla |
| 13 | Altro |

**Tipologia della valutazione:**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | Prima Valutazione (nuovo accesso) |
| 03 | Rivalutazione |

**Il beneficiario ha già ricevuto negli anni precedenti le seguenti Misure del FNA:**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | SI- interventi per persona affetta dal motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate |
| 02 | SI - Buono Sociale per progetti di Vita Indipendente |
| 03 | SI – Altri strumenti della misura |
| 04 | NO |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma AS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_