

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI

INTERVENTI PREVISTI DALLA DGR N. 1253 DEL 12.02.2019 AD OGGETTO: "PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018" – (Misura B2 - anno 2019)

Al Comune di GALLARATE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ Tel. _____

C H I E D E

A favore di:

- Se stesso
- Della persona _____
 - Persona non autosufficiente / grave disabilità
 - Persona con disabilità grave per progetto di vita indipendente
 - Minore con disabilità non autosufficiente

nato/a a _____ - _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____ residente a _____

in Via _____ n. ____ Tel. _____

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 _____

L'assegnazione/erogazione del seguente intervento

- buono sociale** mensile, anche a diversa intensità, fino ad un importo massimo di euro 600,00 per interventi finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal *caregiver* familiare;
- buono sociale** mensile da euro 200,00 ad euro 600,00 finalizzato al sostegno delle spese di retribuzione per personale di assistenza assunto con regolare contratto;
- buono sociale** mensile fino ad un importo massimo di euro 800,00 per sostenere progetti di vita indipendente di persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni che intendono realizzare il proprio progetto senza supporto di *caregiver* ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e impiegato con regolare contratto. I progetti dovranno riguardare la definizione di percorsi di accompagnamento in favore di persone disabili che vivono all'interno di un nucleo familiare o autonomamente, per consentire l'esercizio e lo sviluppo dell'auto determinazione e il miglioramento della qualità della vita;
- voucher sociale** mensile fino ad un importo massimo di euro 150,00 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico. Il presente voucher non può finanziare attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre/post-scuola e trasporto.

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

DICHIARA

1) Che la famiglia è così composta, come da Stato di famiglia del Comune di _____:

	Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto di Parentela col beneficiario	CODICE FISCALE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

2) che il beneficiario dell'intervento è:

- persona non autosufficiente** così come risultante dal verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988;
- persona con disabilità grave** così come risultante dalla certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (qualora in attesa di definizione dell'accertamento la relativa certificazione dovrà essere depositata entro e non oltre il termine di scadenza del bando 30/06/2019, pena la non ammissibilità della domanda);
- persona con disabilità fisico-motoria grave** con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, per il solo intervento di cui all'art. 6 punto c) delle Linee Guida;
- di **cittadinanza** italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;
- in possesso di un ISEE in corso di validità, non superiore ad € 20.000,00**, ammontante ad € _____ pratica n. _____ rilasciato in data _____;
- non ricoverato** presso una Struttura Residenziale

3) 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 con modalità integrata tra ASST e Comune.
- Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.
- 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.
- il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere ad 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.
- Il Comune provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite dalle Linee Guida.

SI IMPEGNA

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

_____, addì _____

FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità _____ rilasciato il _____ da _____

Allegati:

- Copia documento di identità
- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992)
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle l. n. 18/1980 e l. n. 508/1988
- Domanda per ottenimento certificazione Legge 104/1992
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Comunicazione IBAN del BENEFICIARIO

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 Gallarate – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – telefono 0331 754111. I dati, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di Gallarate 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 Gallarate 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.