

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI CONTINUITA' BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DEI BENEFICIARI MISURA ANNO 2021

MISURA B2

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 Triennio 2019-2021/Annualità 2021 – Esercizio 2022 .

AL C O M U N E DI GALLARATE e-mail

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 non autosufficiente / grave disabilità

Minore con disabilità non autosufficiente

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

in attuazione della DGR N. 5791/2021 la continuità del BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO già attivato nell'anno 2021 con DGR XI/4138 del 21/12/2020 da € 250,00 ad € 600,00 finalizzato al sostegno delle spese di retribuzione per personale di assistenza assunto con regolare contratto (obbligatorio allegare copia contratto di lavoro 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:

DICHIARA

1. 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;
- 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**, 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.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DICHIARA ALTRESÌ

2. che il beneficiario dell'intervento:

Frequenta l'Unità d'offerta semiresidenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....) situata nel Comune di per n. ore settimanali con costi:

a proprio carico;

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 dei Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;

Non beneficia della prestazione prevalente della misura Home Care premium/INPS.

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 anche in 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.

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 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.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



CHIEDE

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

Intestatario C/C (il beneficiario deve essere intestatario o cointestatario)

Istituto Bancario/Posta Sede

IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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:

- Permesso di soggiorno
- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) - versione integrale (per i beneficiari della Misura nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- 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 (per i soli beneficiari della Misura B2 nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- 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
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato

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 Gallarate – posta elettronica certificata: protocollo@pec.comune.gallarate.va.it – tel 0331 754246 / 307, 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.