

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI - 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

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.

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

L'assegnazione/erogazione del seguente intervento (**barrare selezionando un unico intervento**):

- buono sociale** mensile, anche a diversa intensità, da un minimo di € 100,00 fino ad un importo massimo di € 300,00 per interventi finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal **caregiver familiare**;
- buono sociale** mensile 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);
- 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, con disabilità grave e con capacità di esprimere la propria volontà, che vivono sole al domicilio e intendano realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza il 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.
- voucher sociale annuale a favore di minori con disabilità** fino ad un importo massimo di euro 500,00 per sostenere la vita di relazione 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.
- voucher sociale annuale a favore di adulti e anziani** fino ad un importo massimo di euro 500,00 per sostenere interventi che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione con disabilità con appositi progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver.

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 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 _____, pena la non ammissibilità della domanda);
- persona con disabilità 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 **ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00 (€ 30.000,00 per la sola misura "Progetti di vita indipendente")**, 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 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;

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- 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. 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 calce).

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 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.

CHIEDE

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

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

Istituto Bancario/Posta _____ Sede _____

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



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).
- Domanda per ottenimento certificazione Legge 104/1992
- 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.

NOTA:

Definizione caregiver familiare:

(**) “omississ... che è presente caregiver familiare così come individuato dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, cioè: la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”;