

SPETT.LE COMUNE DI _____

RICHIESTA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2017

MISURA B2 - DGR n. X/7856 del 12.02.2018 ANNO 2018

Il sottoscritto

• Nome _____ e _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig./Sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Comune di Bottanuco Prot. n. 5681 del 09-05-2018 arrivo Cat7 cl.15

CHIEDE

- per sé
- per conto del beneficiario

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. 7856 del 12/02/2018, misura B2 tra le seguenti:

(barrare l'intervento richiesto)

SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO:		X
1	a. Buono sociale del valore mensile di € 200,00 per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare in caso di non frequenza del beneficiario ad unità di offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale	
	b. Buono sociale del valore mensile di € 150,00 per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare in caso di frequenza del beneficiario ad unità di offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale	
2	a. Buono sociale del valore mensile di € 400,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale (badante) impegnato con regolare contratto di lavoro superiore alle 24 ore settimanali	
	b. Buono sociale del valore mensile di € 200,00 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale (badante) impegnato con regolare contratto di lavoro inferiore o uguale alle 24 ore settimanali	
3	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	
4	a. Voucher sociali minori con disabilità per sostenere progetti educativi presso i CRE estivi autorizzati	
	b. Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH) – progetti in continuità	
	c. Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH) – nuove progettualità	
	d. Voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità per l'attivazione di progetti educativi individualizzati presso il servizio sperimentale "Ponte - Pontida"	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il richiedente sig/sig.ra _____ si trova nelle seguenti condizioni

- essere residente in uno dei 24 Comuni dell'Ambito Isola Bergamasca e Bassa Val San Martino;
- vivere al domicilio ed evidenziare gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- essere in condizione di
 - gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
 - beneficiare dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1980
 - aver inoltrato istanza ai sensi della legge 104/1992 ed essere in attesa di definizione dell'accertamento
- avere un valore ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in linea con i criteri distrettuali approvati e presentato per l'ottenimento della misura richiesta pari a euro, come da allegata certificazione:
- in caso di cittadini stranieri extra ue, di essere in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 25 Luglio 1998 n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"

- che la situazione del richiedente è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrivono i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi, non avendo nulla a pretendere in caso di esaurimento fondi;
- di USUFRUIRE/NON USUFRUIRE degli interventi previsti dalla misura B1 della DGR n. X/7856 del 12/02/2018;
- di NON USUFRUIRE di altre forme di buono sociale previste dalla misura B2 della DGR n. X/7856 del 12/02/2018, diverse da quella per la quale viene inoltrata la presente richiesta;
- che non sussiste ricovero permanente in Unità di offerta residenziale socio-sanitaria o sociale;

DICHIARA

(rispetto ai requisiti specifici di accesso alle misure B2)

- per l'accesso al *buono sociale caregiver* di essere nella condizione di convivenza/non convivenza del caregiver familiare con il beneficiario assistito;
- per l'accesso al *buono sociale assistente familiare (badante)* essere in possesso di regolare contratto di assunzione dell'assistente familiare
- per l'accesso al *buono sociale per progetti di vita indipendente* di essere nelle seguenti condizioni:
 - Disabilità fisico-motoria grave o gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà;
 - Età compresa tra i 18 e i 64 anni di età,
 - Intenzione del beneficiario di realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e con regolare contratto

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di essere stato ammesso al beneficio Misura B2 nell'anno 2017, collocate nella graduatoria degli aventi diritto
- di non aver beneficiato della misura B2 nell'anno precedente (2017) e di appartenere ad una delle seguenti categorie:
 - "grandi vecchi" ultra 85 anni, non autosufficienti;
 - richiedente con nuovo progetto di vita indipendente;
 - richiedente con età uguale o superiore ai 50 anni, che non beneficia di altri interventi;
- di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium).....;
- di essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- nel caso di accesso al buono sociale assistente familiare (badante), iscrizione dell'assistente familiare (badante) al Registro di assistenza familiare istituito dall'Ambito territoriale ai sensi della l.r. 15/2015 e successiva DGR n. 5648/2016;
- di frequentare/non frequentare unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali;

SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale Professionale un momento per la valutazione sociale e/o multidimensionale del bisogno, anche mediante l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- a condividere e realizzare un progetto individualizzato d'intervento con le risorse assegnate dalla presente misura;
- a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;
- a comunicare tempestivamente al servizio sociale comunale le eventuali variazioni relative al ricovero definitivo, cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese e che possano costituire motivo di sospensione/decadenza del beneficio

Unitamente alla presente istanza, si consegnano i seguenti allegati obbligatori:

Per tutte le misure:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Verbale di invalidità da cui figuri l'indennità di accompagnamento ai sensi della L.18/80 o riconoscimento della gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992;
- Certificazione ISEE e DSU in corso di validità ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 o in alternativa ricevuta di presentazione della DSU ai sensi dell'art. 11 comma 9 del DPCM 159/2013. L'attestazione ISEE dovrà essere trasmessa entro il 15/06/2018;
- Fotocopia dell'intestazione dell'estratto conto da cui si evinca il codice IBAN e intestatario/i e codice fiscale. Non sono ammessi i libretti postali anche se in possesso di IBAN
- Copia del permesso di soggiorno in corso di validità per cittadini stranieri extra ue;
- Schede ADL, IADL e scheda di valutazione sociale compilate e sottoscritte dall'assistente sociale del Comune di residenza, nel caso in cui il beneficiario sia minorenni la sola scheda di valutazione sociale;

Per la Misura Buono sociale caregiver

- Stato di famiglia da cui figuri la convivenza anagrafica del caregiver familiare con il beneficiario assistito;
oppure
Autodichiarazione del *caregiver* familiare (*allegato A*) che attesti di essere caregiver del beneficiario della misura richiesta, specificandone i compiti di cura svolti e il monte ore dedicato nelle 24 ore all'assistenza della persona fragile;
- documentazione attestante la situazione occupazionale del caregiver familiare (disoccupato, inoccupato, pensionato, lavoratore con contratto part time con indicazione monte ore settimanale, cassintegrato a zero ore ecc resi mediante CUD per pensionati, contratto di lavoro e/o busta paga per lavoratori part-time, dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro DID);

Per la Misura Buono Sociale Assistente familiare e Misura Buono sociale per progetti di vita indipendente

- Copia del contratto di assunzione assistente personale con indicazione delle ore settimanali, ultima busta paga;

Per la Misura voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità attraverso interventi di Assistenza Domiciliare Handicap (ADH)

- attestazione dello specialista neuropsichiatra di riferimento circa la necessità di attivazione dell'intervento;

Per la Misura voucher sociali minori per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità per l'attivazione di progetti educativi individualizzati presso il servizio sperimentale "Spazio Autismo Ponte - Pontida"

- Attestazione dello specialista neuropsichiatra di riferimento circa la necessità di attivazione dell'intervento,
- oppure Attestazione del servizio sociale con indicazione della UONPIA e previo assenso della famiglia; oppure Autodichiarazione della famiglia la quale alleggerà la documentazione necessaria (diagnosi funzionale) e darà il proprio consenso a collaborare con il servizio UONPIA di riferimento. (*allegato B*)

COMUNICA INOLTRE

CONTO CORRENTE: intestato o cointestato al beneficiario

IBAN _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA EX ART. 13 D.LGS. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: Avviso pubblico per l'erogazione delle prestazioni previste dal Fondo Non Autosufficienza FNA 2017 Misura B2 – DGR n. X/7856 del 12/02/2018 anno 2018

2. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in caso di mancato conferimento degli stessi, l'interessato non potrà godere del beneficio richiesto.

3. Modalità del trattamento: **formato cartaceo e informatico**. Il trattamento dei dati acquisiti sarà effettuato con l'ausilio di strumenti, anche elettronici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti.

A livello informatico i dati saranno trasmessi tra Comuni-Azienda-Enti autorizzati anche tramite il programma "La mia città-Servizi Sociali" – Isola in Rete, ai fini dell'erogazione del servizio.

4. I dati potranno essere comunicati e condivisi con Regione Lombardia, ATS Bergamo e altri eventuali soggetti coinvolti nell'ambito del procedimento inerente la domanda presentata

5. Il titolare e responsabile del trattamento è il Comune di residenza del richiedente, nella persona del Responsabile Servizi Sociali Comunale

6. L'incaricato del trattamento è l'assistente sociale del Comune di residenza del Richiedente

7. Il Responsabile esterno del trattamento dei dati raccolti dal personale dipendente dei Comuni è il Direttore di AZIENDA ISOLA – via Bravi 16 Terno d'Isola (BG) P.IVA 03298850169

In relazione al presente trattamento Lei potrà rivolgersi al responsabile del trattamento per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003. Le modalità di esercizio dei suoi diritti sono previste dall'art. 8 del D.Lgs 196/2003.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____ Firma _____

Considerato che il Signor/ra _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____ Firma _____