

Comune di

Modulo A

DOMANDA DI VALUTAZIONE SOCIALE O MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di
non autosufficienza
Misura B2 – D.G.R. n. XI/2720 del 23.12.2019 e successive integrazioni e specificazione
D.G.R. n. XI/2862 del 18/02/2020 Regione Lombardia (Misura B2)

AL COMUNE DI

Il sottoscritto

Nome e Cognome

Nato a

il

genere 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

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n.

del

TUTORE

nominato con decreto n.

del

CURATORE

nominato con decreto n.

del

del sig./sig.ra Nome e Cognome

Nato a

il

genere M F

Residente a

CAP

Provincia

Via

Tel.

E mail

Codice fiscale

CHIEDE

per sé

per conto della persona per cui inoltra la domanda

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla Misura B2 – DGR n. XI/2720 del 23.12.2019 tra le seguenti:

1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare <i>integrabile con</i> Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro	<input type="checkbox"/>
2	Buono sociale mensile per sostenere Progetti di vita indipendente	<input type="checkbox"/>
3	Voucher sociale (a consumo) per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità	<input type="checkbox"/>

(barrare l'intervento richiesto)

e pertanto **DICHIARA**

Di vivere:

- Con il *caregiver* Con l'assistente familiare Con *caregiver* e assistente familiare

Il riconoscimento di:

- Invalidità civile 100% con accompagnamento
 Invalidità civile 100% senza accompagnamento

Il possesso Certificazione di:

- handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92

Che l'attestazione ISEE:

- sociosanitario in corso di validità è pari a €
- ordinario (solo per Voucher Minori) in corso di validità è pari a €
- di aver fruito nel 2019 della **Misura B2** ai sensi della dgr 1253/19 attraverso il seguente intervento:
- Buono sociale Caregiver
 - Buono Sociale Assistente Familiare
 - Progetto di vita indipendente
 - Voucher Minori
- di **non** essere attualmente beneficiario della **Misura B1** ai sensi della DGR 2729/19;
- di aver presentato per il 2020, domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della DGR 2720/19 - **MISURA B1**";
- di **non** aver beneficiato di interventi assistenziali erogati da Enti Pubblici o privato o Enti previdenziali;
- di **non** beneficiare del Bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- di **non** essere in carico alla misura RSA APERTA ex dgr 7769/2018;
- di **non** beneficiare di contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;

- di **non** beneficiare dei sostegni previsti dalla misura DOPO DI NOI (ad esclusione dei quelli riferiti alle spese per il canone di locazione e per spese condominiali);
- di essere stato beneficiario/a del Progetto di Vita Indipendente per l'annualità FNA 2018 e/o FNA 2019;
- che la situazione del candidato è compatibile con i Criteri distrettuali approvati nelle Linee guida-Misura B2 – DGR 2720/19;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi.

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2;

ALLEGA

- copia carta di identità fronte-retro in corso di validità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992); dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE sociosanitario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- copia del conto corrente bancario dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario;

In questa fase determinata dall'emergenza COVID-19 e in presenza di oggettive difficoltà al reperire tutti i documenti sopraccitati, si segnala che la presente domanda può essere accolta anche in forma "semplificata" come indicato nella DGR XI/3055 del 15.04.2020 e più precisamente:

- o **la domanda** può essere inoltrata **a mezzo e mail**;
- o la condizione economica (ISEE):
 - dei **nuovi richiedenti** potrà essere dichiarata con **simulazione dell'ISEE effettuata dal sito INPS**;
 - dei **cittadini già in carico** alla Misura B2, potrà essere dichiarata presentando lo stesso **ISEE dell'annualità precedente**.
- o **la certificazione della condizione di gravità**, così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.104/92, potrà essere considerata pur se in attesa della definizione dell'accertamento.

Le domande presentate utilizzando la modalità “semplificata” dovranno essere perfezionate allegando tutta la documentazione richiesta e in corso di validità, entro e non oltre la data di chiusura del presente Avviso – Misura B2 FNA DGR 2720/19 e cioè entro il 15 Luglio 2020.

Le domande non perfezionate entro tale termine non potranno essere accolte.

SI IMPEGNA A

1. Sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 2720/19, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel Progetto Individualizzato di intervento, così come definito dalla normativa.
2. Documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda.
3. Comunicare tempestivamente al Servizio sociale del Comune di residenza l'eventuale perdita dei requisiti a causa di:
 - eventuale decesso;
 - eventuale trasferimento della residenza anagrafica in altro Comune;
 - eventuale accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Risidenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - eventuale ricovero di sollievo qualora il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sociale Regionale;
 - eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della DGR 2720/19- **MISURA B1**";
 - modifica della composizione del nucleo familiare;
 - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
 - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
 - ogni altro cambiamento che comporta il venir meno delle finalità per la quale è stato richiesto il beneficio.

COMUNICA

I dati in caso di riconoscimento del beneficio economico

DATI PER BONIFICO BANCARIO

Nome e Cognome intestatario conto

Indirizzo intestatario conto

Codice IBAN (27 cifre)

DATI PER BONIFICO POSTALE

Nome e Cognome intestatario conto

Indirizzo intestatario conto

Codice IBAN (27 cifre)

DICHIARA

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 e luogo

Firma _____

La firma deve essere autografa, olografa, digitale o SPID

INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY

I dati personali contenuti nel presente modulo verranno trattati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16. La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale o multidimensionale integrata - Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza Misura B2 – DGR n. XI/2720 del 23.12.2019 e successive integrazioni e specificazione D.G.R. XI/2862 del 18/02/2020) _Regione Lombardia (Misura B2), che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Con la firma in calce l'interessato presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e dati particolari per la suddetta finalità.

Data e luogo

Firma _____

La firma deve essere autografa, olografa, digitale o SPID