

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/5791 del 21.12.2021 - Regione Lombardia**

**AL COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ genere M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**In qualità di**

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

TUTORE nominato con decreto \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

del sig./sig.ra Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ genere M F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ 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/5791 (*barrare l'intervento richiesto*)

1. Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza dal caregiver familiare

2. Buono sociale mensile per assistente familiare

3. Buono sociale mensile per sostenere Progetti di vita indipendente

4. Voucher sociale (a consumo) in favore di minori con disabilità

5. Voucher sociale (a consumo) in favore di adulti con disabilità o anziani

e pertanto **DICHIARA**

Di vivere:

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

Solo

Di beneficiare di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale:

Sì

No

Se sì, indicare che tipo di servizio (CDD, CSE, ADI, AES ecc.): \_\_\_\_\_

Con la seguente frequenza:

Part time (<= 25 ore settimanali)

Full time (> 25 ore settimanali)

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 della **Misura B2** ai sensi della DGR 4138/20 attraverso il seguente intervento:

Buono Sociale Assistente Familiare

Di **non** essere attualmente beneficiario della **Misura B1** ai sensi della DGR 4138/20

Di aver presentato per l'anno 2022 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 5791/21 – **MISURA B1**

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;

che la situazione del candidato è compatibile con i Criteri distrettuali approvati nelle Linee guida- Misura B2 – DGR 5791/21 reperibili sui canali informativi del Comune di residenza

di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso pubblico, reperibile sui canali informativi del Comune di residenza, 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 e/o ordinario in caso di destinatari minori;
- 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;
- carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario;

**La presente domanda di valutazione sociale o multidimensionale integrata dovrà pervenire presso il Comune di Residenza entro e non oltre le ore 12.00 di venerdì 13 maggio 2022.**

## SI IMPEGNA A

1. Sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 5791/21, 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 Residenzialità 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 5791/21 - **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/POSTALE

Nome e Cognome beneficiario  
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 DGR N. XI/5791 del 21.12.2021 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 a 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