



Spett.le Comune di _____

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

in via/piazza _____ n° _____

in qualità di

diretto interessato

oppure

(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona con disabilità gravissima)

tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

altro _____ (specificare)

del/la Sig./Sig.ra affetto/a grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (_____) cap _____

via/p.za _____ n° _____

CHIEDE

l'assegnazione di:

- 1. buono sociale mensile, anche a diversa entità, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare (autosoddisfacimento);
- 2. buono sociale mensile integrativo al punto 1, anche a diversa entità, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente personale ("badante") impiegato con regolare contratto;
- 3. buono sociale mensile, anche a diversa entità, in caso di assenza del caregiver (persona che vive sola al domicilio) per sostenere il personale di assistenza;

- ❑ 4. buono sociale mensile alternativo ai punti 1 e 2 per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità grave, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto e in presenza dei requisiti ministeriali richiesti dal Pro.Vi;
- ❑ 5. Voucher sociale alternativo ai punti 1 e 2 per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico (es. pet therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc.);

DICHIARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all'art.3, comma 3 della L.104/1992 all'ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell'indennità di accompagnamento (di cui allega documentazione completa);
- presenta una situazione economica certificata dall'attestazione ISEE sociosanitario (D.Lgs. 159/2013) o da simulazione effettuata mediante sito INPS non superiore a € 25.000,00 o ISEE minori (D.Lgs. 159/2013) non superiore a € 40.000,00 e precisamente di: € _____ (come da attestazione/simulazione allegata¹);
- individua come caregiver familiare il/la sig./ra _____ (cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità) Codice Fiscale _____ che dedica _____ ore al giorno alla funzione di caregiver
- si avvale di personale di assistenza (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, babysitter, educatore.....) regolarmente assunto:
 - NO
 - SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XI/4138/2020 - allegati:
 - Tempo pieno (_____ totale ore settimanali)
 - Part-time (_____ totale ore settimanali)
 - 10-24 ore/settimanali (_____ totale ore settimanali)

Con validità dal _____ a _____
 (inserire data inizio) (inserire data di fine, se prevista, o dicitura "tempo indeterminato")

e pertanto s'impegna a presentare regolare attestazione dei contributi versati (ultimo trimestre) e/o evidenza delle fatture pagate ad ente terzo/ professionista (ultimi tre mesi)

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità attualmente:

¹ Si segnala che per ottenere l'ISEE molti casi i CAAAF sono disponibili anche con modalità on line e che la Dichiarazione può essere anche presentata direttamente dal richiedente per via telematica sul sito INPS, utilizzando il PIN dispositivo.

1. FREQUENTA servizi prima infanzia NO SI
2. FREQUENTA la scuola (tutti i gradi fino alla scuola media superiore) NO SI
3. È INSERITA in una Unità d'offerta residenziale socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. *Residenza Sanitario assistenziale per Anziani, Residenza Sanitario Assistenziale per Disabili, Comunità Alloggio sociosanitaria, Hospice, Misura residenzialità per minori con gravissima disabilità, Comunità Alloggio Disabili, Comunità Educativa, ...*)

4. È INSERITA in una Unità d'offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI

(es. *Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...*)

Se SI, per un totale ore settimanale di _____ (come da dichiarazione della struttura), nei seguenti giorni _____

USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

- *Servizi domiciliari comunali:* NO SI
specificare quali e per quante ore _____
- *Voucher CDI* NO SI
- *misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018)* NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/_____
- *sostegni DOPO DI NOI_ (ex dgr 3054/2020)* NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
- *buono progetti vita indipendente* NO SI
specificare con quale di misura _____
- *misura bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018)* NO SI
- *voucher anziani al caregiver di persona non autosuffi.(ex dgr 7487/2017)* NO SI
- *misura Home Care Premium/INPS* NO SI
specificare la tipologia di sostegno _____
- *misura B1 (ex DGR n. XI/4138/2020)* NO SI
eventuale data di dimissione ____/____/_____
- *altri contributi economici/misure di sostegno* NO SI
specificare _____
- *altri servizi* NO SI
specificare quali e con che frequenza _____

- di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
- di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le

prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;

- di essere consapevole ed accettare che l'accesso in graduatoria che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale della persona beneficiaria dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda IADL, ADL e scheda provinciale di valutazione sociale);
- di essere consapevole che il buono/voucher sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di accesso stabiliti nel Bando;
- di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del buono/voucher, a condividere, e possibilmente sottoscrivere, un progetto assistenziale individualizzato esito della valutazione - (contenente: esito della valutazione – la declinazione per ogni dimensione di vita - obiettivi - attività assistenziali che il “prestatore di cura” dovrà assicurare – interventi da sostenere con il buono/voucher - tempi necessari al loro espletamento – eventuali altri interventi di sostegno alla domiciliarietà (SAD, ADI, ecc.), compresi eventuali sostegni attivati con altre risorse, es. “Dopo di Noi” - modalità, strumenti e tempi di verifica) concordato dalla famiglia con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;
- di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il buono/voucher non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono/voucher;
 3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
- in caso di mancata presentazione dell'attestazione ISEE entro i termini di presentazione della domanda, di impegnarsi a perfezionare la domanda mediante presentazione dell'attestazione ISEE entro 30 giorni dalla data di scadenza del presente avviso, pena l'esclusione dal contributo;
A tal proposito dichiara di aver presentato copia della **vecchia certificazione dell'ISEE** con allegato copia della ricevuta di richiesta al CAF attestante l'appuntamento il giorno ___/___/_____ alle ore _____
- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità previste dall'Avviso pubblico².

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
 - Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.
-

- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

A tal fine **ALLEGA**

*(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)*

- modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda *
 - ✓ socio sanitario (per adulti e anziani) - compreso quello corrente –
 - ✓ modello ISEE ordinario (per minori) - compreso quello corrente –
- copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013
- copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante
(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)
- copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza (e copia del versamento contributi previdenziali (in caso di personale di assistenza assunto regolarmente)
- dichiarazione della struttura semiresidenziale in cui siano indicati la tipologia di posto occupato e il monte ore settimanale *(SOLO se frequentante)*

A cura dell'assistente sociale

Descrizione sintetica della situazione

Luogo e data

data

L'assistente sociale

firma del dichiarante