All. n.1

AL COMUNE DI

……..

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2024 – ESERCIZIO 2025 – MISURA B2

Domanda per l'accesso alle Misure previste dalla DGR 3719/2024 (Misura B2)

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME E NOME _____

NATO/A _____IL_____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL_____ @MAIL _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

l'accesso alla Misura prevista dal Fondo Non Autosufficienza anno 2024 – esercizio 2025:

Interventi integrativi sociali ANZIANI	**€.3.000,00** Budget previsto per interventi socio-assistenziali (es. SAD)	
	€.2.000,00 Progettualità di supporto e sollievo / progettualità di benessere e miglioramento della vita	

in favore di (selezionare una delle due alternative)

□ **SE STESSO**

□ **BENEFICIARIO** (qualora diverso dal richiedente – es. figlio, nipote, ecc.)

COGNOME E NOME _____

NATO/A _____IL_____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL: _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Specificare il rapporto con il beneficiario_____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

Diagnosi _____

Certificazione invalidità: _____%

Attestazione dell'art. 3, comma 3 della L. 104 SI ☐ NO ☐

Indennità di accompagnamento: SI ☐ NO ☐

Valore ISEE: €_____

01	ISEE Ordinario o CORRENTE
02	ISEE Sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico

Barrare con X la condizione:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO					
01 - Coniuge/convivente		06 - Ambedue i genitori		11 - Madre + fratello/i + sorella/e	
02 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i		07 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e		12 - Fratello/i + sorella/e	
03 - Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i		08 - Padre		13 - Figlio/a/i	
04 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i		09 - Padre + fratello/i + sorella/e		14 - Solo	
05 - Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori		10 - Madre		15 – Altro _____	

TIPOLOGIA DI CAREGIVER					
01 - Coniuge/convivente		06 - Madre		10 - Cognato/a	
03 - Figlio/a/i		07 - Fratello/i + sorella/i		11 - Zio/a	
04 - Ambedue i genitori		08 - Cugino/a		12 - Nessuno	
05 - Padre		09 - Nuora/Genero		13 – Altro * _____	

** Per assistente familiare barrare 13 - Altro*

☐ **Che il CAREGIVER è: _____**

(cognome e nome)

Il Caregiver è convivente SI ☐ NO ☐

Ore al giorno di assistenza attiva: n. ore _____

Tipologia di assistenza da parte del Caregiver:

- ☐ Igiene personale e/o gestione continenza SI □ NO □
- ☐ Alimentazione SI □ NO □
- ☐ Mobilità SI □ NO □
- ☐ Gestione Terapia SI □ NO □
- ☐ Supporto Sociale e alla comunicazione SI □ NO □

☐ **ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO per almeno 15 ore settimanali e assunto con regolare contratto (IN ALTERNATIVA LETTERA DI INTENTI) per n. ore settimanali complessive ……..**

TIPOLOGIA DI ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO					
01 - Assistente Personale convivente 24 h		02 - Assistente Personale tempo pieno – **25/40 h settimanali**		03 - Assistente Personale tempo parziale – **15/24 h settimanali**	
07- Altro		08 - Nessuno			

<u>Il beneficiario:</u>

☐ Frequenta Unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie (CDD – CDI) o sociali (CSE – SFA) o altri interventi sperimentali continuativi (palestre per vita indipendente, attività sperimentali ai sensi della L. 112 SI ☐ NO ☐

Motivi di esclusione per incompatibilità:

☐	Misura B1	SI ☐	NO☐
☐	Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018	SI ☐	NO☐
☐	Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017	SI ☐	NO☐
☐	PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato	SI ☐	NO☐
☐	Home care Premium INPS	SI ☐	NO☐
☐	Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;	SI ☐	NO☐

Il beneficiario/il familiare, in fase di assegnazione del contributo si impegna a scegliere uno dei due benefici ed a comunicarlo tempestivamente a Comuni Insieme

☐ Utilizza altri servizi:

01	Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
02	Ricovero di sollievo RSA/RSD
03	ADI/ C-DOM
04	SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
05	Protesi/ausili
12	Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
13	CSE
14	CDD
15	CDI
16	Riabilitazione ambulatoriale
17	Riabilitazione domiciliare
18	Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
20	Prestazioni Home Care Premium
21	Sostegno "Dopo di Noi"
22	Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
23	Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
24	Pro.Vi. ministeriale attivato dall'Ambito territoriale (FNA)
25	SFA
08	Nessuno

Nel caso di accoglimento della domanda, il beneficiario indica, ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici, l'IBAN del c/c (non sono ammessi libretti postali) intestato a:

☐ Beneficiario

Oppure

☐ Diverso Intestatario

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di Residenza_____

Comune di Residenza _____ Provincia _____

Codice IBAN (27 caratteri)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ALLEGATI:

- ☐ FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- ☐ ATTESTAZIONE ISEE (o DSU)
- ☐ VERBALE INVALIDITA'
- ☐ INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO
- ☐ L.104

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alla Misura FNA – B2 e Programma operativo Regionale Caregiver Familiare, sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.
Il Titolare del Trattamento dei dati è il Comune di residenza dell'interessato.
Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati è l'A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE, in quanto Ente capofila dell'Ambito Di Garbagnate M.se.
Il Data Protection Officer, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è Trust Data Solution s.r.l. di Cristiano Ornaghi.
Con la sottoscrizione in calce alla domanda l'interessato presta il consenso al trattamento dei dati personali anche particolari ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/16.

IL RICHIEDENTE

Data _____ _____

A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE

Tipologia assistito (Barrare con X la condizione):

01	Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
02	Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
03	Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
04	Malattia del motoneurone
05	Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
06	Disabilità sensoriale
07	Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
08	Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
09	Ritardo mentale
10	Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
11	Distrofie muscolari e altre miopatie
12	Sclerosi Multipla
13	Altro

Tipologia della valutazione:

01	Prima Valutazione (nuovo accesso)
03	Rivalutazione

Il beneficiario ha già ricevuto negli anni precedenti le seguenti Misure del FNA:

01	SI- interventi per persona affetta dal motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate
02	SI - Buono Sociale per progetti di Vita Indipendente
03	SI – Altri strumenti della misura
04	NO

Data_____ Firma AS_____