

**Comuni di Brugherio, Monza e Villasanta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |

 ALLEGATO-1

|  |
| --- |
| **DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA PER ACCEDERE ALLA MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE** **E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (B2)** |

**Al Comune di …………………………………………………………………………………….**

**Assistente Sociale di riferimento…………………………………………………**

**Ambito Territoriale di Monza**

**Il sottoscritto**

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

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

e-mail (leggibile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.** Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto a valutazione multidimensionale per poter accedere alla Misura B2:

□ Buono sociale Caregiver Famigliare

□ Buono Sociale Assistente Famigliare

□ Buono Sociale Progetti di Vita Indipendente

□ Voucher Sociale Minori, Adulti e Anziani con disabilità

Si tratta di:

□ Prima attivazione

□ Rinnovo

**DICHIARA**

**□ PER SE’**

**□ PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRA LA DOMANDA**

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

□ di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge n.104/1992 oppure beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;

□ di vivere al domicilio, di evidenziare gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l’autosufficienza e l’autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;

Di essere in carico all’Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Ente erogatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_\_\_

Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. accessi settimanali \_\_\_\_\_\_\_

Di essere stabilmente inserito in unità d’offerta socio-sanitarie o sociali:

 □ CDD □CSE □SFA □CDI □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per n. ore sett. \_\_\_\_\_\_\_

Che l’assistenza è garantita in misura consistente e quotidiana da:

 □ familiare (cognome, nome e rapporto di parentela) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. ore giornaliere\_\_\_\_\_

 □ assistente personale ore sett. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica: □ badante

 □ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di fruire, (nell’anno in corso) di interventi assistenziali erogati da Enti Pubblici/Privati/Assistenziali

 □ SI specificarne la tipologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ NO

Di percepire una delle seguenti Misure:

□ voucher anziani/disabili ex DGR n.7487/2018 e DGR n.2564/2019;

□ accoglienza definitiva presso Unità d’Offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

 □ Misura B1;

 □ ricovero di sollievo a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

□ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;

 □ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

 □ Home care premium/INPS HCP.

Si ricorda che percepire una delle suddette misure è incompatibile con l’erogazione FNA 2022-Esercizio 2023

**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 qualora la domanda non fosse completa in ogni sua parte e corredata con gli allegati richiesti, sarà respinta.

**ALLEGA**

* PER TUTTI I BUONI/VOUCHER:
* copia carta di identità del richiedente e del beneficiario;
* attestazione ISEE in corso di validità al momento della presentazione della domanda. Si accoglie l’istanza con indicazione dell’appuntamento al CAF e con consegna dell’ISEE entro e non oltre il bimestre di valutazione.

 ISEE ORDINARIO e SOCIOSANITARIO per adulti e anziani;

ISEE ORDINARIO per minori

DOCUMENTO BANCARIO/POSTALE ATTESTANTE L’IBAN DEL C/C (non è valido l’IBAN collegato ai Libretti Postali)

* copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/ amministrazione di sostegno;
* certificazione indennità di accompagnamento;
* certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992 (nelle more della definizione del processo di accertamento allegare ricevuta presentazione domanda) ovvero certificazione dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e s.m.i. con Legge 508/1988;
* scale ADL/IADL compilate a cura dell’Assistente Sociale comunale.
* PER RICHIESTE DI BUONO CARE GIVER è richiesta inoltre:
* L’autocertificazione che attesti lo stato di non occupazione o attività lavorativa fino a un max di 5 ore/die. Per i minori, il genitore caregiver deve autocertificare che si occupa delle cure socio-sanitarie del figlio, compromettendo il regolare svolgimento di attività lavorativa.
* PER RICHIESTE DI BUONO ASSISTENTE FAMIGLIARE E VITA INDIPENDENTE è richiesto inoltre:
* Per il personale di assistenza assunto direttamente: il contratto con apertura posizione INPS (o bollettino INPS da cui si evincano le ore dichiarate);
* Per il personale garantito da ente terzo: contratto e documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. cooperativa) o da professionista che eroga la prestazione da cui si evincano le ore settimanali prestate e il compenso pattuito;
* PER RICHIESTE DI VOUCHER SOCIALI è richiesto inoltre:
* Il preventivo spese per il periodo della Misura (1 aprile 2023-31 marzo 2024)

**SI IMPEGNA A**

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ATS ai sensi della DGR n. 7751/2022 che prevede la sottoscrizione del PAI (Progetto d’Assistenza Individualizzato), visite domiciliari di operatori del Comune di residenza per il monitoraggio periodico sull’assistenza prestata e sulla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;

2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare a consuntivo le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato (con esclusione dei buoni sociali care-giver);

3. comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

* eventuale decesso;
* eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
* eventuale trasferimento;
* modifica del rapporto contrattuale in essere con il personale addetto all’assistenza ed eventuali interruzioni o sospensioni;
* modifica della composizione del nucleo familiare;
* modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
* modifica progetto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite*.

In fede

…………………………………………………

(firma)

**ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

**Il sottoscritto**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all’informativa fornita ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 679/2016

**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, per incapacità di intendere o di volere, o per opportunità di progetto

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

 FAMILIARE

 TUTORE

 CURATORE

 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**acconsente**

al trattamento dei dati sensibili e sanitari nell’ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il Titolare del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Sindaco pro-tempore del Comune di Residenza. Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 è la responsabile dell’Ufficio di Piano dott.ssa Angela Monica Carera nonché i Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni di residenza.*

*Il Responsabile della Protezione Dati (DPO) ai sensi art. 37 del GDPR è il Dr. Luigi Recupero per l’Ufficio di Piano Ambito Territoriale di Monza e gli incaricati dai singoli Comuni di residenza.*