



Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza

All. A2

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____, il _____, sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Documento di identità n. _____ con scadenza il _____

nominato con decreto n. _____ del _____

[illegible]

(barrare l'intervento richiesto)

1) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza continuativa da parte di <i>personale di assistenza assunto con regolare contratto</i> ;	
2) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver familiare</i> ;	
3) Voucher per sostenere progetti di natura educativa e/o socializzante in favore di minori con disabilità;	
In alternativa ai Buoni di cui sopra:	
4) Voucher adulti/anziani per favorire il benessere psicofisico e sostenere la vita di relazione	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il candidato possiede i requisiti previsti per l'accesso alla Misura B2 riportati nell'Avviso Pubblico;	
Di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso Pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione e di erogazione degli strumenti previsti;	
Che il Buono/Voucher per cui è richiesta la valutazione non è finanziato da altre provvidenze economiche;	
Di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);	
Che NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità: ✓ Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 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; ✓ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato; ✓ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; ✓ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018; ✓ Home Care premium/INPS HCP con la prestazione prevalente	

Che la competente commissione socio-sanitaria ha accertato i seguenti requisiti:	
Lo stato di invalidità al 100%;	
La disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3;	

L'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988;	
--	--

Che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità viene autocertificato, come risultante dall'attestazione ISEE, ed è pari a:

Euro _____;
(capo obbligatorio per l'ammissibilità dell'istanza - in alternativa è possibile allegare attestazione ISEE)

SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale Professionale la presa in carico utile ai fini dell'istruttoria;
- a consentire che le Assistenti Sociali del Comune di residenza verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, pena l'esclusione dalla graduatoria, si consegnano i seguenti **allegati obbligatori**:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da Amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap con diagnosi (NO verbali con omissis)

Ad integrazione della suddetta documentazione allega:

Per il Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare:

- **Autodichiarazione del caregiver familiare (allegato B all'Avviso pubblico) che attesti la convivenza anagrafica** con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta non superiore al 75% oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale max 25 ore settimanali, cassintegrato, pensionato, etc).

Per il Buono sociale mensile per le prestazioni da personale di assistenza con regolare contratto di lavoro:

- Copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare, ultima busta paga **regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare**.

La liquidazione trimestrale del contributo avverrà solo a presentazione della **busta paga mensile regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare** e del **cedolino attestante l'avvenuto versamento dei contributi previdenziali**.

Per il Voucher per sostenere progetti di natura educativo e/o socializzante in favore di minori con disabilità:

- Qualora l'importo della fattura sia inferiore rispetto al preventivo presentato verrà riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (fattura dell'Ente).

che in caso di riconoscimento del beneficio economico, il codice IBAN su cui effettuare il versamento di quanto spettante è il seguente:

Indirizzo	Città
-----------	-------

Luogo e data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____,

dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679, ed esprime:

- ☐ Il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa;
- ☐ Il proprio diniego al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, consapevole che il diniego non consente lo svolgimento delle attività richieste;

Luogo e data, _____ Firma _____

Considerato che il/la Signore/a _____
non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____, il _____,

in qualità di:

- ☐ FAMILIARE
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con grave disabilità, ai sensi della DGR 5791/21, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data, _____ Firma _____