



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

DGR n. 1669 del 28/12/2023 - DGR n. 2033 del 18/03/2024

All. C

Nome e Cognome

Residente a	CAP	Provincia
-------------	-----	-----------

[illegible]

Rilasciato da _____

Con scadenza il _____

☐ BENEFICIARIO☐ FAMILIARE

Grado di parentela _____

□ TUTORE

nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE

nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

nominato con decreto n. _____ del _____

Nome e Cognome

Nato/a a _____ il _____ sesso M ☐ F ☐

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel _____

[illegible]

☐ **per sé**

☐ **per conto del beneficiario**

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad uno degli **interventi di assistenza diretta** di seguito indicati e previsti dalle DGR n. 1669 del 28/12/2023 - DGR n. 2033 del 18/03/2024 (Misura B2)

Prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio	
Ricovero temporaneo in struttura residenziale	
Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al sollievo	

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

Il beneficiario ha invalidità 100%	
Il beneficiario è titolare di indennità di accompagnamento (ai sensi della Legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con Legge 508/19889	
Il beneficiario è in condizioni di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3	
Il beneficiario 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 degli strumenti previsti	
Che non sussista nessuna delle seguenti cause di incompatibilità : ✓ 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	

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità è pari a

€ _____

(sarà considerata valida l'attestazione ISEE rilasciata in data successiva alla data di chiusura dell'avviso pubblico solo nel caso in cui la DSU sia stata presentata entro questa data. L'attestazione ISEE dovrà comunque essere rilasciata dall'INPS nei termini dell'istruttoria pena l'esclusione dell'istanza).

SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale del Comune di residenza la presa in carico ai fini dell'istruttoria;

- a consentire che le assistenti sociali del Comune di residenza possano redigere il Progetto di assistenza individualizzato e monitorarlo, durante il periodo di fruizione della Misura B2, per verificare la sua effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso determinerà il decadimento del diritto ai benefici previsti dalla Misura B2.

ALLEGA

- 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 solo se la domanda viene presentata da Amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Verbale di invalidità o di riconoscimento della gravità dell'handicap con diagnosi (**sono esclusi** verbali con omissis).

Nel caso in cui il Comune presso cui si presenta questa istanza sia già in possesso della documentazione sopra elencata la stessa sarà acquisita d'ufficio, ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. 445/2000.

Solo in caso di variazioni rispetto allo stato precedentemente autocertificato la documentazione dovrà essere ripresentata.

La liquidazione del contributo sarà effettuata, dal Comune in cui è stata inoltrata la domanda, direttamente all'Ente erogatore della prestazione di assistenza diretta e avverrà secondo le tempistiche concordate con l'Ente.

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.

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 Sig/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 per persone con grave disabilità, ai sensi della DGR 7751/22, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data _____ Firma _____