



Comuni di Brugherio, Monza e Villasanta

ALLEGATO-1

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA PER ACCEDERE ALLA MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (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

*** dati obbligatori**

del sig. Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ * Tel. _____

* e-mail _____

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

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

MMG / Pediatra _____

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 Familiare
- ☐ Buono Sociale Assistente Familiare
- ☐ Voucher Sociale Minori/Adulti/Anziani
- ☐ Assegno di autonomia

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 percepire una delle seguenti Misure:

☐ 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;

- prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del Dls 29/2024.

Si ricorda che percepire una delle suddette misure è incompatibile con la domanda FNA 2024-Esercizio 2025

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, entro il periodo di valutazione, 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.

ISEE ORDINARIO e SOCIOSANITARIO per adulti e anziani;

ISEE ORDINARIO e ISEE Minorenni 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 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) oppure 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 CAREGIVER 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 (Aprile 2025 - Marzo 2026)

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 caregiver);

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 _____

