



Al Comune di _____

ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 2862/2020

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE _____

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 a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare _____

(Nome, cognome, grado di parentela, recapito telefonico)

**Distretto di Lecco****CHIEDE**

Di essere sottoposto/di sottoporre la persona disabile grave o non autosufficiente a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 2862/2020 MISURA B2

- in prosecuzione con l'anno 2019
 come nuova istanza

E A TAL FINE DICHIARA CHE IL POTENZIALE BENEFICIARIO DELLA MISURA B2

- è residente in uno dei Comuni degli Ambiti Distrettuali di Bellano, Lecco e Merate ed è attualmente al proprio domicilio;
- è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980;
- ha riconosciuta la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;
- per quanto riguarda l'attestazione ISEE:
- ◊ presenta ISEE socio sanitario in corso di validità di valore inferiore a 25.000 € (se disabile adulto o anziano) o ISEE ordinario familiare inferiore a 40.000 € (se disabile minore);
 - ◊ presenta simulazione ISEE socio sanitario redatta sul sito INPS di valore inferiore a 25.000 € (se disabile adulto o anziano) o ISEE ordinario familiare inferiore a 40.000 € (se disabile minore), impegnandosi a perfezionare la domanda con la documentazione in corso di validità non appena possibile;
- non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 2862/2020;
- non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- non è beneficiario della misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- non è beneficiario del Bonus per Assistente Familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex L.R., 15/2015.
- è beneficiario della misura Home Care Premium INPS.

E INOLTRE

- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 Ente erogatore _____
 * operatore _____ n. accessi mensili _____
 * operatore _____ n. accessi mensili _____
 * operatore _____ n. accessi mensili _____
**indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)*
- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di _____
 N. accessi settimanali _____
 Assistente Sociale di riferimento _____
 (cognome, nome e recapito telefonico)

**Distretto di Lecco**

- Che la persona disabile grave o non autosufficiente è stabilmente inserita in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali (Specificarne la sede e le ore di inserimento):
 - CDD di _____ per ore settimanali n.: _____
 - CSE di _____ per ore settimanali n.: _____
 - SFA di _____ per ore settimanali n.: _____
 - CDI di _____ per ore settimanali n.: _____
 - altro (Es: CDC, Centro Diurno Psichiatria, etc., specificare) _____
_____ per ore settimanali n.: _____
- Che l'assistenza è garantita da:
 - familiare _____ n. ore giornaliere _____
(cognome, nome e rapporto di parentela)
 - non familiare: assistente personale tempo pieno (54 ore settimanali)
 - assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili;
- di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata alla presente domanda;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualunque fatto implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del buono sociale, secondo quanto stabilito nel testo della DGR 2862/2020 e nelle Linee Operative territoriali del Distretto di Lecco;
- di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno procedere a 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 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data ___/___/___

Firma _____

La firma potrà essere acquisita al momento della sottoscrizione del P.I.

**Distretto di Lecco****CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003.

Data ___/___/___

Firma _____

La firma potrà essere acquisita al momento della sottoscrizione del P.I.

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA

- Attestazione ISEE in corso di validità o simulazione ISEE dal sito INPS (**nei casi di simulazione dal sito INPS, la domanda andrà perfezionata con la documentazione in corso di validità non appena possibile**)
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra** (All.2 delle Linee Operative Territoriali DGR 2862/2020, **solo nel caso di modifica della situazione rispetto all'anno precedente se persona già beneficiaria per l'anno 2019**)
- Eventuale altra documentazione sanitaria
- Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e buste paga relative all'anno 2020
- Scheda sociale (All.5 (5bis per le situazioni già in carico nel 2019 e per le quali non si segnalano variazioni)) a cura del Servizio Sociale comunale
- Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4) a cura del Servizio Sociale comunale

ULTERIORI DOCUMENTI OBBLIGATORI PER LE ISTANZE PRESENTATE PER LA PRIMA VOLTA NEL CORSO DELL'ANNO 2020

- Documento d'Identità **dell'assistito**
- Tessera Sanitaria **dell'assistito**
- Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92**
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra** (All.2 delle Linee Operative Territoriali DGR 2862/2020)
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore, copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale



SCHEDA INTERVENTI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 2862/2020– Misura B2, e delle Linee operative territoriali del Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate) per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2019 DGR n. 2862 del 18.02.2020

l'accesso a:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- A. *buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare;*
- B. *buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto;*
- C. *buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto;*
- D. *voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti complessivi di presa in carico e/o interventi specifici a sostegno della vita di relazione.*

Data e luogo _____

Firma _____

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____



Distretto di Lecco

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO AI SENSI DELLA DGR 2862/2020

Ai sensi di quanto previsto nelle Linee Operative Territoriali del Distretto di Lecco per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo nazionale per le Non Autosufficienze anno 2019- DGR 2862 del 18.02.2020- Misura B2, **il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

Nel caso di minori il contributo potrà eventualmente essere accreditato su IBAN intestato ai genitori. Non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate.

PERTANTO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F.: _____

residente a _____ prov: _____ in piazza/via _____

recapito telefonico _____ E-Mail: _____

IN QUALITA' DI

DIRETTO INTERESSATO

Oppure

GENITORE DI MINORE

FAMILIARE

TUTORE LEGALE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è stata presentata istanza di valutazione ai sensi della DGR 2862/2020- Misura B2

Signor/a _____ nato a _____ il _____

C.F.: _____

residente a _____ prov: _____ in piazza/via _____

CHIEDE

In caso di accettazione della domanda e di disponibilità di fondi, Il versamento del beneficio spettante su conto corrente bancario/postale

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

Filiale/sede di _____

IBAN _____

Luogo e data, _____

IL DICHIARANTE

Allegati:

- Fotocopia documento bancario/postale riportante il codice IBAN;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è presentata istanza di valutazione.

ALL.1 Linee operative territoriali del Distretto di Lecco per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2019-DGR n. 2862 del 18.02.2020 Misura B2 anno 2020