

AL COMUNE DI _____

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 5791/2021 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il Residente a

in Via /Piazza

Tel. cell. mail

CHIEDE

☐ Per se stesso

☐ Per il/la Sig/ra

nato/a..... il e residente a

in Via /Piazza

Tel..... cel..... mail

Rispetto al beneficiario il richiedente è

**DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O
COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

☐ presenta la domanda per la prima volta

☐ ha presentato domanda anche l'anno precedente per il buono sociale mensile personale di assistenza regolarmente impiegato

☐ sono beneficiarie di Progetti di vita indipendente con Misura B2, con ISEE socio-sanitario inferiore o uguale a 30.000€, finanziati con le precedenti annualità, e che necessitano sulla base del progetto individuale di continuità

☐ non beneficia di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da enti pubblici o privati o da enti previdenziali

Dichiara inoltre che:

1) ☐ ha un Isee di €

☐ non ha ancora l'isee e si impegna a richiederlo ed a consegnare agli uffici la DSU entro il 31 maggio 2022

2) ☐ è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1988

☐ è in attesa dell'esito dell'accertamento avvenuto in data.....

- 3) Frequenta il Centro Diurno con retta mensile a totale carico della Pubblica Amministrazione
- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale
- ☐ NON frequenta un Centro Diurno

4) È destinatario di progetti/o L.162/98

- ☐ sì
- ☐ no

5) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

☐	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
☐	Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
☐	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
☐	Presenza nel nucleo di un solo familiare adulto o di soli minori oltre al beneficiario
☐	Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario

6) la tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

☐	buono sociale mensile per compensazione assistenza del caregiver familiare nominativo caregiver e tipo di parentela
☐	buono sociale per personale di assistenza regolarmente impiegato
☐	buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto) continuità con annualità precedenti ☐ SI ☐ NO
☐	Voucher sociale per adulti/anziani con disabilità
☐	voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

7) sta usufruendo dei seguenti servizi socio sanitari con quota a carico dell'Ente pubblico:

☐	Misura B1	☐	Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese)
☐	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)	☐	Voucher INPS/Home Care Premium
☐	ADI	☐	Educativa Domiciliare Minori
☐	RSA aperta	☐	Progetto ex L. 162/98
☐	Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):	☐	Servizio Educativo Domiciliare Disabili

	Reddito di autonomia – voucher anziani o disabili		
--	---	--	--

8) Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

☐ presso la propria abitazione

☐ ricoverata presso la struttura denominata:

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

E' fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni

- **prende atto** che in caso di non fosse in possesso di Isee, la DSU deve essere presentata entro il 31/05/2022, pena l'esclusione dalla graduatoria.

In caso di concessione di buono chiede che il pagamento avvenga:

☐ direttamente al beneficiario

☐ al Sig/ra

.....
residente a in via.....

Recapito telefonicoC.F.

Come da delega del beneficiario allegata

☐ tramite accredito sul c/c di cui si allega IBAN.

ALLEGA

- Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980
- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST
- Copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Delega alla riscossione del beneficiario
- Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto

- Carta di identità di beneficiario e firmatario se non già agli atti
- Codice IBAN rilasciato dalla Banca

Data _____

In fede
