



Comuni di Monza, Brugherio e Villasanta

ALLEGATO 1

**DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA PER ACCEDERE ALLE MISURE A
FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (B2)**

Al Comune di
Assistente Sociale di riferimento
Ambito Territoriale di Monza

Il sottoscritto

Cognome:		Nome:	
Nato/a a:		il:	
Genere:			
Residente a:		CAP:	
Indirizzo:			
Tel.:		Cell.:	
e-mail:			
Codice fiscale:			
Domicilio			

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO		
FAMILIARE	Grado di parentela:	
TUTORE	nominato con decreto n.	del
CURATORE	nominato con decreto n.	del
AMM. DI SOSTEGNO	nominato con decreto n.	del

Del Sig/Della Sig.ra

Cognome e nome:			
Nato/a a :		il:	
Genere:			
Residente a:		CAP:	
Indirizzo:			
Tel.		Cell:	
Email:			
Codice Fiscale:			
Domicilio: <i>(se diverso dal residenza)</i>			
Medico di Medicina Generale:			

Persona da contattare:

Cognome e nome:	
Parentela:	
Telefono:	

CHIEDE

di essere sottoposto a valutazione multidimensionale per poter accedere alle Misure B2

Trattandosi di:

Prima attivazione
Rinnovo

DICHIARA

PER SE'
PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRA LA DOMANDA

Il riconoscimento dell'Invalidità civile:

al 100%
persona ultra ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della sua età
persona adulta con disabilità di età compresa tra i 18 e 65 anni
minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico

Il possesso della certificazione di:

alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92
handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92
indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive
modifiche/integrazioni con L. 508/1988;

Di fruire nell'anno in corso del beneficio della Misura B1

SI
NO

Di fruire di interventi assistenziali erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali

SI specificare la tipologia:
NO

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	per n. ore sett.
CSE	per n. ore sett
SFA	per n. ore sett
CDI	per n. ore sett
altro	per n. ore sett

Che l'assistenza è garantita da:

familiare n. ore giornaliere
(cognome, nome e rapporto di parentela)
non familiare: ore sett.
assistente personale: ore sett.

Di percepire almeno una delle seguenti Misure: PROVI, RSA aperta, Bonus Assistente Familiare:

SI
NO

Se si quale:

PROVI
RSA aperta
Bonus Assistente Familiare

Di beneficiare di interventi assistenziali erogati da enti pubblici o privati o da enti previdenziali:

SI
NO

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.

ALLEGA

PER TUTTI:

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario
- attestazione ISEE ordinario in corso di validità al momento della presentazione della domanda (compreso quello corrente). Nel caso non ne fosse in possesso, è possibile accertare la propria condizione economica supportata da simulazione ISEE dal sito INPS, salvo poi perfezionare la domanda entro il bimestre di valutazione delle stesse
- 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), ovvero beneficiare di indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con la Legge 508/1988

SOLO PER ADULTI E ANZIANI:

- ISEE sociosanitario

SOLO PER RICHIESTE DI BUONI ASSISTENTE FAMILIARE, PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE:

- in presenza di personale di assistenza a qualunque titolo remunerato: allegare il contratto con apertura posizione INPS (o bollettino INPS da cui si evincano le ore dichiarate all'INPS) se assunto direttamente oppure contratto e documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. cooperativa) o da professionista che eroga la prestazione (se non ancora in possesso di documentazione fiscale, allegare preventivo di spesa da cui si possa evincere la quota mensile (se non specificato nel contratto)

SOLO PER RICHIESTE DI BUONI CAREGIVER

- Autocertificazione che attesta lo stato di disoccupazione o di lavorare per non più di 5 ore al giorno. Nel caso di minore il genitore deve autocertificare che si occupa delle cure socio-sanitarie del figlio, compromettendo il regolare svolgimento dell'attività lavorativa

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ATS ai sensi della DGR XI/2862 DEL 18/02/2020 e DGR XI/3055 DEL 15/04/2020 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 care-giver);

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;

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una delle seguenti modalità di riscossione:

1) accredito sul conto corrente bancario o postale

codice IBAN:

intestato a:

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 DPR445/2000 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 D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*,

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 _____