



Regione
Lombardia

Ente Gestore
COMUNITÀ MONTANA
VALTELLINA DI MORBEGNO
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



**DOMANDA FONDO NON AUTOSUFFICIENZE - MISURA B2
(FNA 2022/Esercizio 2023 - DGR 7751/2022)**

Determinazione n.286 del 29.05.2023 - Allegato 2)

PRATICA ID	PROTOCOLLO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ cellulare _____

Mail _____

in qualità di DIRETTO INTERESSATO

oppure 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./Sig.ra _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in Via/Piazza _____ N. _____

Comune di _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ / _____ cellulare _____

Mail _____

**CHIEDE DI ACCEDERE AD UNO DEI SEGUENTI SOSTEGNI PREVISTI DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZE
strumenti alternativi e non cumulabili** (indicare la scelta prioritaria con il numero 1 e la scelta in subordine con il numero 2)

	BUONO SOCIALE MENSILE PER L'ASSISTENZA DAL CAREGIVER FAMILIARE
	BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO
	VOUCHER SOCIALE ANNUALE ANZIANI
	VOUCHER SOCIALE ANNUALE DISABILI
	VOUCHER SOCIALE ANNUALE MINORI per sostenere la vita di relazione può essere richiesto: <input type="checkbox"/> <u>Voucher ordinario</u> per attività socializzanti che favoriscano in benessere psicofisico <input type="checkbox"/> <u>Voucher intensivo</u> per l'assistenza di educatore frequenza centri estivi

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' PENALI CHE SI ASSUME AI SENSI DELL'ART. 76, DPR 445/2000 E S.M.I., PER FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DICHIARA¹

Che la composizione del nucleo familiare del richiedente (beneficiario/a) è la seguente

Nominativo	Grado parentela	Età	Professione

DI ESSERE ASSISTITO/A PRESSO IL DOMICILIO IN MANIERA CONTINUATIVA DA

_____ (cognome e nome di chi presta assistenza)

in qualità di

- Caregiver familiare** (incluso nel nucleo anagrafico) **SI** **NO**
 (grado di parentela) _____
 N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____
- Assistente personale con contratto**
 (cognome e nome di chi presta assistenza) _____
 N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____

- di beneficiare di indennità di accompagnamento mensile di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988, pari ad € _____ ;
- possedere certificazione di gravità accertata ai sensi art. 3, comma 3 legge 104/1992;
- di possedere attestazione **ISEE in corso di validità di €** _____

¹ **Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte**

LA PERSONA DISABILE GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTE

DICHIARA CHE

- non è in carico alla Misura RSA Aperta (ex DGR 7769/2018)
- non è beneficiario della Misura B1
- non è accolto definitivamente presso Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, Hospice, ecc.)
- non percepisce contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato
- non usufruisce al momento di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- non beneficia di Home Care Premium/INPS HCP con prestazione prevalente
- non beneficia di altri interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. DOPO DI NOI, Home Care Premium/INPS con prestazione integrativa, ecc.): _____

DICHIARA INOLTRE CHE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI

- ricovero di sollievo RSA/RSD
- assistenza domiciliare integrata (ADI), per n. _____ accessi mensili
- servizio di assistenza domiciliare (SAD), per n. _____ ore settimanali
- sostegno DOPO DI NOI
- misura Case Management (ex DGR 392/2013)
- servizi prima infanzia/scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola sec. I grado/ scuola sec. II grado
- frequenta uno dei servizi diurni sociosanitari o sociali come di seguito specificato:
 - centro socio educativo (CSE)
 - centro diurno disabili (CDD)
 - servizio formazione all'autonomia (SFA)
- riabilitazione ambulatoriale
- riabilitazione domiciliare
- sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- prestazioni integrative HOME CARE PREMIUM
- altro (specificare) _____

DICHIARA INFINE

- di aver preso visione del Bando FNA - Misura B2 e di accettarne le condizioni;
- di accettare la valutazione multidimensionale (VDM) a seguito della quale sarà redatto il Progetto Individuale (PI);
- di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche saranno definiti nel Progetto Individuale (PI);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano qualsiasi variazione riguardante eventuale ricovero in strutture residenziali, cessazione del contratto di lavoro con l'assistente personale, decesso, passaggio alla Misura B1, eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla DGR 7751/2022 – Misure B2;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile.

PRENDE ATTO DELLE MODALITA' DI ACCREDITO IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE

- per ragioni di tracciabilità, non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate (*l'unica carta di credito emessa dalle POSTE e abilitata per l'accredito è POSTEPAY EVOLUTION*);
- il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente **su corrente Bancario/Postale intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

Nel caso di minori il contributo potrà essere accreditato su IBAN intestato

Genitore (*cognome e nome*) _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- è necessario allegare **Attestazione titolarità conto corrente/stampa IBAN dell'istituto bancario/postale.**

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA (in fotocopia)

- Carta d'identità del beneficiario e di chi eventualmente compila la domanda
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Verbale invalidità civile (con diagnosi)
- Certificazione della condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3, Legge 104/1992
- Attestazione titolarità conto corrente oppure stampa dell'istituto bancario/postale dell'IBAN del beneficiario
- Per richiesta del buono assistente personale:**
 - Contratto di assunzione dell'assistente personale **per almeno 25 ore settimanali**
 - Ultimo versamento INPS relativo ai contributi per l'assistente familiare, ovvero copia denuncia INPS se il contratto è stato stipulato di recente.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del regolamento europeo 2016/679 (Gdpr) si porta a conoscenza dei richiedenti che:

- 1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi dell'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno (Ente gestore: Comunità Montana Valtellina di Morbegno), secondo le vigenti disposizioni in materia;*
- 2. il conferimento dei dati è necessario ed in caso di rifiuto scaturirà l'impossibilità di espletare regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;*
- 3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni all'Ufficio di Piano, per quanto concerne il procedimento amministrativo;*
- 4. i dati possono essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti.*
- 5. il richiedente ha diritto di ottenere a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.*
- 6. il titolare del trattamento dei dati personali è l'Ufficio di Piano dell'ambito territoriale di Morbegno e che il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'Ufficio di Piano, domiciliato per la carica presso l'Ente gestore, Comunità Montana Valtellina di Morbegno.*

Luogo e data

Firma