



# Ambito Territoriale di Carate Brianza

## Domanda per l'accesso al Fondo Nazionale Non Autosufficienze (Misura B2)

*Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 2033 del 18/03/2024*

Il sottoscritto									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

### CHIEDE

di poter accedere alla misura

<input type="radio"/>	buono sociale mensile per assistente personale con regolare contratto (badante)
<input type="radio"/>	assegno per l'autonomia
<input type="radio"/>	voucher sociali per sostenere vita di relazione di minori con disabilità
<input type="radio"/>	voucher sociale anziani e adulti per interventi che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione
<input type="radio"/>	buono sociale mensile per care giver familiare
<input type="checkbox"/>	<p>Sono interessato/a a interventi di assistenza diretta da valutare con l'assistente sociale, in aggiunta a quanto sopra richiesto e in aggiunta ad altri interventi comunali già attivi. Per interventi di assistenza diretta si intendono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio (SAD);</li> <li>ricovero temporaneo in struttura residenziale;</li> <li>prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo";</li> <li>percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al caregiver familiare;</li> <li>interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura e la gestione dell'assistenza a favore del proprio familiare con disabilità/non autosufficiente</li> </ol>
Soggetto interessato	
<input type="radio"/>	per sè stesso
<input type="radio"/>	per il seguente familiare o assistito
In qualità di (*)	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso
Luogo di nascita	Cittadinanza

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, amministratore di sostegno

**attualmente residente in**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

che la persona assistita

**vive al domicilio**

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							<input type="checkbox"/>	

**Età dell'assistito**

- ha meno di 18 anni
- ha più di 18 anni e meno di 65
- ha più di 65 anni compiuti

**Condizione di gravità dell'assistito**

- accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- beneficia di indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988 oppure di indennità di frequenza in caso di minorenni

**ISEE del nucleo**

- ISEE inferiore a 25000,00 € (ISEE socio-sanitario in caso di adulti e anziani)
- ISEE inferiore a 40000,00 € (ISEE ordinario in caso di minore con disabilità)

**Di non fruire di una delle seguenti misure**

- dell'accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
- della Misura B1
- del contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato
- del ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- della presa in carico con Misura RSA aperta ex Deliberazione della Giunta Regionale 17/01/2018, n. 7769
- del Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
- dell'Home Care Premium/INPS HCP.

**DICHIARA INOLTRE**

di essere assistito dai seguenti

<input type="radio"/>	assistenti familiari (badanti) con personale impiegato regolarmente per le seguenti ore settimanali	
	<b>Ore settimanali</b>	
<input type="radio"/>	progetti di vita indipendente con personale impiegato regolarmente per le seguenti ore settimanali	
	<b>Ore settimanali</b>	
<input type="checkbox"/>	caregiver familiare	
<input type="checkbox"/>	pensionato, o casalingo, o disoccupato, o cassaintegrato a 0 ore, o in mobilità, o lavoratore part time max 25 ore, o con astensione lavorativa 24 mesi ai sensi della L.104/92	
<input type="checkbox"/>	non invalido al 100%	
<input type="radio"/>	convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver	
<input type="radio"/>	non convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver. In questo caso il caregiver deve risiedere fino ad un massimo di 15 km dall'assistito	
	<b>Legame di parentela con il beneficiario</b>	<b>Ore settimanali</b>
	<b>Legame di parentela con il beneficiario</b>	<b>Ore settimanali</b>

## DICHIARA INOLTRE

che l'assistito

<input type="checkbox"/>	è iscritto al centro socio educativo (CSE)
<input type="checkbox"/>	è iscritto al servizio di formazione all'autonomia (SFA)
<input type="checkbox"/>	è iscritto al centro diurno disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	è iscritto al centro diurno integrato (CDI)
<input type="checkbox"/>	usufruisce del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI)
<input type="checkbox"/>	ha ricevuto la misura B2 lo scorso anno

### SI IMPEGNA

- a sottoporsi alla valutazione sociale o, qualora sia necessario, alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 1669/2023, che può prevedere colloqui telefonici e/o visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento
- a comunicare qualsiasi variazione che interviene dal momento della presentazione della presente domanda delle condizioni dichiarate entro 30 giorni

ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici comunico

#### domiciliazione bancaria o postale del conto corrente (no libretto postale)

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

#### Intestatario del conto corrente

- l'intestatario del conto corrente è il sottoscrittore della richiesta
- l'intestatario del conto corrente è il seguente soggetto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Sesso	Data di nascita	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<b>Residenza</b>									
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
<b>Telefono cellulare</b>					<b>Telefono fisso</b>				
<b>Posta elettronica ordinaria</b>					<b>Posta elettronica certificata</b>				

- dichiaro di essere a conoscenza che riceverò tutte le comunicazioni inerenti questa domanda ed il bando FNA tramite l'indirizzo sotto indicato

#### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

- dichiaro di essere a conoscenza che la liquidazione del beneficio, se spettante, avverrà trimestralmente in via posticipata, a fronte della presentazione di apposita documentazione che giustifichi le spese sostenute ed il mantenimento dei requisiti di assegnazione"

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | scheda A.D.L.<br><i>(non necessaria per i minorenni)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | scheda I.A.D.L.<br><i>(non necessaria per i minorenni)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | documentazione attestante il godimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 1102/1980, n.18 e successive modifiche/integrazioni con la Legge 21/11/1988, n.508 o indennità di frequenza nel caso di minorenni         |
| <input type="checkbox"/>            | copia del contratto di impiego dell'assistente familiare (badante) firmato e in corso di validità  |
| <input type="checkbox"/>            | copia della certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n.104 oppure la documentazione attestante la presentazione dell'istanza di accertamento |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento di identità del beneficiario invalido se differente dal richiedente  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del verbale di invalidità  |
| <input type="checkbox"/>            | dichiarazione relativa all'attività di Caregiver (Misura B2)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia della dichiarazione ISEE   |
| <input type="checkbox"/>            | documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>  |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)   |

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiaro di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'Ambito di Carate Brianza esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso |
|--------------------------|---|

Biassono

Luogo

Data

il dichiarante