



Comune di Mezzago

Modulo A

DOMANDA DI VALUTAZIONE SOCIALE O MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di
non autosufficienza
(Misura B2 - DGR n. 7856 del 12.02.2018)

AL COMUNE DI _____

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio _____ (se _____ diverso _____ dalla _____ residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

- per sé
- per conto del beneficiario

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. 7856 del 12/02/2018, misura B2 tra le seguenti:

MISURA DI SOSTEGNO	
1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare
2	Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro
3	Buono sociale mensile per sostenere Progetti di vita indipendente
4	Voucher sociale (a consumo) per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;

- Copia della certificazione di handicap grave (art. 3 comma 3 L.104/92) o del verbale d'invalidità civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- ISEE ordinario o sociosanitario in corso di validità: Valore € _____;
- Altro (specificare): _____

DICHIARA

- che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- di **NON** usufruire del Voucher Autonomia;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:

- lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta è pari a euro, come da allegata certificazione:

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di aver beneficiato della misura B2 nell'anno precedente (2017);
 - di non aver beneficiato della misura B2 nell'anno precedente (2017) e di appartenere ad una delle seguenti categorie:
 - "grandi vecchi" ultra 85 anni, non autosufficienti;
 - richiedente con nuovo progetto di vita indipendente;
 - richiedente con età uguale o superiore ai 50 anni, che non beneficia di altri interventi;
 - di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium) quali a titolo esemplificativo REI, SIA, ecc
-
- di essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

COMUNICA

I dati in caso di riconoscimento del beneficio economico

DATI PER BONIFICO BANCARIO	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER BONIFICO POSTALE	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER PAGAMENTO CON ASSEGNO CIRCOLARE	
Nome e Cognome	
Indirizzo intestatario AC	

In caso di pagamento con Assegno Circolare i dati anagrafici devono essere identici a quelli del documento d'identità che deve essere allegata alla presente documentazione.

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad 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 stesso D.P.R., 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 _____

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 o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

ACCONSENTE

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 5940/16, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____