

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. 1253 del 12/02/2019, misura B2 tra le seguenti:

(barrare l'intervento richiesto)

	SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE 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 <i>assistente personale</i> con regolare contratto di lavoro	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la situazione del candidato è compatibile con le Linee guida sovra distrettuali approvate	
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 anziani o disabili	
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%;	
La disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 oppure l'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988	

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

DICHIARA (eventuali altri interventi e sostegni integrativi)

Di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium)	
Di essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018	

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

2

Ufficio di Piano

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)
Tel. 02 90788326 / PEC: udp.pieveemanuele@legalmail.it

SI IMPEGNA

- ✓ a concordare con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- ✓ a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso ne determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, si consegnano i seguenti **allegati obbligatori**:

Per tutte le misure:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- 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 del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap;
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Per la Misura nr. 1:

Autodichiarazione del *caregiver familiare* (allegato B dell'Avviso) che attesti la convivenza anagrafica con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta (non superiore al 75%) oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale max 25 ore settimanali, cassintegrato, pensionato, ecc).

Per la Misura nr.2 :

Copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare e/o personale, ultima busta paga.

L'erogazione del contributo avverrà solo a presentazione della busta paga mensile e del cedolino attestante l'avvenuto versamento dei contributi. Qualora l'importo della busta paga mensile sia inferiore al valore del buono sociale assegnato verrà, in ogni caso, riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (busta paga).

La copia della busta paga mensile dovrà essere inviata all'assistente sociale di riferimento oppure all'Ufficio di Piano all'indirizzo: francesca.amadeo@comune.pieveemanuele.mi.it

COMUNICA INOLTRE

che in caso di riconoscimento del beneficio economico, il codice IBAN su cui effettuare il versamento di quanto spettante è il seguente:

Intestato a

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)
Tel. 02 90788326 / PEC: udp.pieveemanuele@legalmail.it

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, così come integrato con le modifiche introdotte dal Decreto Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" (in G.U. 4 settembre 2018 n.205), consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto.

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 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____