MODULO PER NUOVA DOMANDA

**BANDO**

**PER L’EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE**

**PER ASSISTENZA DIRETTA ED INDIRETTA**

**(D.G.R. N. 3719/2024)**

**Approvato dall’ Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Broni e Casteggio in data 01.04.2025­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**

ALL’UFFICIO DI PIANO

DELL'AMBITO DISTRETTUALE

DEL PIANO DI ZONA

BRONI E CASTEGGIO(PV)

Piazza Garibaldi 12

27043 Broni (PV)

|  |
| --- |
| **ISTANZA PER L’EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE PER ASSISTENZA DIRETTA ED INDIRETTA (D.G.R. N. 3719/2024)**  **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­** |

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………

Nato/a…………………………………………………….. il……………………………………… Prov……….. C.F. ……………………………………………………………………………………

Residente in Via……………………………………………………………………..n°………………

Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………

TEL……………………………………..EMAIL…………………………………………………..

TEL……………………………………………..…………………………………………………..

*Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrisponde (familiare, persona di riferimento ecc..)*

*Domicilio (se diverso dalla residenza):*

*Via……………………………………………………………………..n°………………*

*Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………*

**In qualità di:**

* diretto interessato
* familiare *(specificare grado parentela o affinità)* ……………………………………………………….…
* amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del **beneficiario** indicato di seguito

Cognome e nome ……...………………………………………………………………………………

Nato/a…………………………………………………….. il ……………………………………… Prov………..C.F………………………………………………………………………………………

TEL……………………………………..EMAIL…………………………………………………..

Residente in Via……………………………………………………………………..n°………………

Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………

*Domicilio (se diverso dalla residenza)*

*Via……………………………………………………………………..n°………………*

*Comune di…………………………………………………Cap……………………Prov……………*

CHIEDE L’ASSEGNAZIONE

***Assistenza indiretta***

□ del Buono Sociale (misura B2) per assistenza resa dal caregiver familiare a favore di persona

□ ultrasessantacinquenne □ adulta con disabilità □ minorenne con disabilità

□ del Buono Sociale (misura B2) per assistenza resa dall’assistente familiare”

□ ultrasessantacinquenne □ adulta con disabilità □ minorenne con disabilità

□ del Buono per progetto di vita indipendente mediante assunzione di assistente familiare a favore di persona con disabilità;

***Assistenza diretta***

□ di prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio (assistenza domiciliare);

□ di ricovero temporaneo in struttura residenziale;

□ di 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” del caregiver.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai

sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

* Di aver preso visione del **"** **bando per l’erogazione di misure a favore degli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone in condizione di disabilità grave per assistenza diretta ed indiretta** , approvato dall’assemblea dei Sindaci dell’ambito di Broni e Casteggio nella seduta del 01.04.25;
* Di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell’indennità di accompagnamento; (in riferimento alla persona beneficiaria dell’intervento);
* Di essere residente nel Comune di …………………………………………(PV) (in riferimento alla persona beneficiaria dell’intervento);
* Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € ……………… (in riferimento alla persona beneficiaria dell’intervento);
* Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....;
* Di essere a conoscenza che la prestazione sarà erogata, solo se il potenziale beneficiario raggiungerà la posizione utile in graduatoria, con le regole esplicitate nel bando;
* Di avvalersi di personale di assistenza regolarmente assunto con validità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un monte ore settimanale pari a: \_\_\_\_;
* Di frequentare l’unità d’offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (es. CDD, RSD ecc.) per n° di ore pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di beneficiare dei seguenti servizi (barrare con X):
* interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
* interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare:
* ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
* ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell’anno, per minori per massimo 90 giorni;
* sostegni DOPO DI NOI;
* bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
* Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;
* misura B1;
* ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
* presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* prestazioni previste da Home Care Premium
* altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l’eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda che implicassero l'insorgere di incompatibilità o la modifica/revoca del beneficio, consapevole che l’omessa comunicazione potrebbe compromettere l’erogazione del buono sociale e la richiesta di restituzione di quanto indebitamente percepito, per i motivi elencato dal bando;
* Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione o integrazione della stessa entro i termini indicati dal bando, come da sottostante sezione, l’istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
* Di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
  + operatori dei Comuni/Uffici di Piano, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale;
  + operatori degli Uffici dell’ASST afferenti all’ATS, appositamente incaricati, nell’ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
  + soggetti afferenti al “sistema di cura” della persona con disabilità  - MMG/PDL/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

**Indicare il conto corrente** su cui eventualmente verrà accreditato il buono sociale, se riconosciuto.

Banca (NO POSTEPAY) ……………………………………………………………………….

IBAN ……………………………………………………………………………………………….

Conto intestato a:

NOME COGNOME……………………………

CODICE FISCALE…………………….

RESIDENTE IN VIA ……………………………. N°……. CITTA’ ………. CAP …………

Si impegna a comunicare ogni variazione dell’Iban, ed ogni altra variazione inerente al beneficiario, compatibilmente con le finalità del buono sociale e del relativo bando.

**DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE**

1. Attestazione ISEE in corso di validità comprensiva della DSU (Dichiarazione sostitutiva unica) che è parte integrante dell’Isee;
   * ISEE Socio-sanitario (per adulti e anziani)
   * ISEE ordinario (per minori)
2. Verbale di invalidità civile oppure verbale della commissione medica attestante il possesso dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
3. Copia documento di identità del richiedente;
4. Copia del documento di identità del beneficiario (la persona non autosufficiente);
5. Copia del documento di identità del caregiver familiare;
6. Decreto di nomina dell’amministratore di sostegno (se presente);
7. In presenza di assistente familiare regolarmente assunto, denuncia di inizio attività all’INPS e contratto d’assunzione e documento di identità dell’assistente familiare.

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_, li\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA