**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA**

**“B2 - MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA”**

**Il richiedente:**

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina Età\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***C H I E D E*** ***DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA B2 fondo 2024***

* Per sé stesso
* Per il seguente beneficiario:

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina* *Età\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le 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 essere a conoscenza che Ai sensi dell’art. 11 del D.Lgs. n. 159 del 5 dicembre 2013, l’ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correlazione di errori materiali.

Che qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, l’Azienda ASPA adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Che il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell’utilizzo del Buono Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

***DICHIARA ALTRESI’ CHE***

* il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
* che ha un ISEE di € ………

**Tipologia ISEE:**

* ISEE ordinario;
* ISEE sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico;
* ISEE sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone);
* ISEE sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne anche se non coniugati e non conviventi.

**Tipologia Assistito:**

* Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
* Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
* Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
* Malattia del motoneurone
* Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
* Disabilità sensoriale
* Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
* Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
* Ritardo mentale
* Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
* Distrofie muscolari e altre miopatie
* Sclerosi Multipla
* Altro (ATTENZIONE: da considerare come opzione residuale)
* il beneficiario è in possesso di condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
* il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario oppure trattasi di Caregiver/Familiare;
* il beneficiario è assistito nella cura da caregiver familiare (senza l’utilizzo di servizio di assistenza domiciliare e/o assistenti familiari);

**Composizione nucleo Famigliare:**

* Coniuge/convivente
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
* Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori
* Ambedue i genitori
* Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
* Padre
* Padre + fratello/i + sorella/e
* Madre
* Madre + fratello/i + sorella/e
* Fratello/i + sorella/i
* Figlio/a/i
* Solo
* Altro

**Caregiver Famigliare**:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Coniuge/convivente
* Figlio/a/i
* Ambedue i genitori
* Padre
* Madre
* Fratello/i + sorella/i
* Cugino/a
* Nuora/Genero
* Cognato/a
* Zio/a
* Nessuno
* Altro

Ore al giorno di assistenza attiva erogate dal Caregiver Famigliare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipologia di Assistenza erogata dal caregiver:**

* Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza
* Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione)
* Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, …)
* Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, …)
* Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema)

**Assistente Personale:**

* Assistente Personale 24 h
* Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)
* Assistente Personale tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
* Assistente personale qualificato 24 h
* Assistente Personale qualificato tempo pieno (min 7 ore die)
* Assistente Personale qualificato tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
* Altro
* Nessuno
* richiede l’intervento misura B2 per la prima volta
* ha già beneficiato di interventi misura B2 con annualità precedenti
* beneficiario nell’annualità precedente di buono assistente familiare regolarmente impiegato
* Presenza di altro convivente potenziale beneficiario della misura B2 (ha presentato istanza per la medesima annualità). Indicare il nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che la condizione socio-sanitaria del beneficiario è peggiorata rispetto all’anno 2024 (ai fini della rivalutazione ADL-IADL):
	+ SI
	+ NO

sta usufruendo dei seguenti servizi INCOMPATIBILI con la misura b2:

* la persona beneficia di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* il beneficiario è accolto definitivamente presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* il beneficiario è percettore della Misura B1;
* Prestazione universale di cui agli art. 34 – 36 del dlgs 29/2024;
* il beneficiario è percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente;
* il beneficiario è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* il beneficiario usufruisce di prestazioni Home Care Premium/INPS HCP;

sta usufruendo dei seguenti servizi COMPATIBILI con la misura b2:

* interventi di assistenza domiciliare (ADI, SAD)
* interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
* ricovero ospedaliero e/o riabilitativo
* ricovero di sollievo per adulti per massimo 60gg programmabili nell’anno o 90gg in caso di minori;
* progetti “dopo di noi” (specificare quali spese) ………………………………………..
* bonus per assistente famigliare iscritto nel registro ex LR 15/2015
* frequenza strutturata e continuativa ai servizi semiresidenziali anche superiore alle 18 ore
* Attività realizzate alcune ore presso CDD, RSD o organizzate da enti del terzo settore

Sta usufruendo di servizi domiciliari nella misura (barrare la casella interessata):

* compartecipando / sostenendo interamente la spesa
* non compartecipando

**Utilizzo di altri servizi:**

* Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
* Ricovero di sollievo RSA/RSD
* ADI
* SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
* Protesi/ausili
* Misura Case management ex DGR 392/2013
* Servizi Prima Infanzia/Scuola dell’Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
* CSE (≤ 18 ore settimanali)
* CDD (≤ 18 ore settimanali)
* CDI (≤ 18 ore settimanali)
* Riabilitazione ambulatoriale
* Riabilitazione domiciliare
* Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
* Voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
* Prestazioni Home Care Premium
* Sostegno “Dopo di Noi”
* Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
* Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
* Pro.Vi. ministeriale attivato dall’Ambito territoriale (FNA)
* SFA
* Nessuno

La tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

* **BUONO SOCIALE MENSILE CAREGIVER FAMILIARE**

punteggio triage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **BUONO SOCIALE MENSILE PER ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO**
* 24 h giornaliere
* Part time > di 31 h settimanali
* Part time fino a 30 h settimanali
* **ASSEGNO AUTONOMIA PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE CON L’AUSILIO DI ASSISTENTE PERSONALE**
* **INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI (in tal caso compilare anche modulo 2)**

***CHIEDE***

che il pagamento avvenga con accredito su c/c Bancario o Postale (NON UTILIZZARE *i libretti postali dove viene versata la pensione MA poste-pay)*:

* **Intestato o cointestato al beneficiario:**

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN allegare fotocopia**

* **Su Conto corrente intestato ad un familiare o ad altro delegato (in questo caso deve essere compilato il modulo di delega alla riscossione in CSI):**

nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN allegare fotocopia**

DICHIARO DI

comunicare tempestivamente, entro 30 giorni dall’evento, all’ufficio servizi sociali del Comune di residenza, il verificarsi di una delle seguenti situazioni che comportano la decadenza o sospensione della misura:

* Trasferimento in Comune al di fuori di Regione Lombardia;
* Cambio di residenza;
* Ricovero di sollievo o definitivo in struttura (RSA, RSD, comunità alloggio, CSS,….);
* Decesso.

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l’Azienda Speciale Servizi alla Persona dell’Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell’Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

FORMULA DI CONSENSO

• con la firma in calce, il sottoscritto presta il consenso informato al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/16 come previsto nella summenzionata informativa al trattamento che si richiama integralmente.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai fini della presentazione della presente domanda allega:**

1. Fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario (se diverso dal richiedente);
2. Eventuale permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta;
3. Certificazione ISEE 2025;
4. Verbale di indennità di accompagnamento L. 18/80 e successive modifiche ed integrazioni o eventuale certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
5. scheda triage
6. Copia dell’atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario;
7. Eventuale copia del contratto di lavoro dell’Assistente Familiare ed ultime tre buste paga;
8. Copia IBAN stampato;
9. Eventuale delega alla riscossione.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_