

Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Ente erogatore _____ n. accessi mensili _____

Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

del Comune di _____ n. accessi settimanali _____

Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

CDD CSE SFA CDI altro _____ per n. ore sett. _____

Che l'assistenza è garantita in misura consistente e quotidiana da:

familiare (cognome, nome e rapporto di parentela) _____ n. ore giornaliere _____

assistente personale ore sett. _____ qualifica: badante
 altro _____

Di fruire, (nell'anno in corso) di interventi assistenziali erogati da Enti Pubblici/Privati/Assistenziali

SI specificarne la tipologia _____
 NO

Di percepire una delle seguenti Misure:

- voucher anziani/disabili ex DGR n.7487/2018 e DGR n.2564/2019;
- accoglienza definitiva presso Unità d'Offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- ricovero di sollievo 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;
- Home care premium/INPS HCP.

Si ricorda che percepire una delle suddette misure è incompatibile con la domanda FNA 2023-Esercizio 2024

DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che qualora la domanda non fosse completa in ogni sua parte e corredata con gli allegati richiesti, entro il periodo di valutazione, sarà respinta.

ALLEGA

➤ PER TUTTI I BUONI/VOUCHER:

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario;
- attestazione ISEE in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

ISEE ORDINARIO e SOCIOSANITARIO per adulti e anziani;

ISEE ORDINARIO e ISEE Minorenni per minori

DOCUMENTO BANCARIO/POSTALE ATTESTANTE L'IBAN DEL C/C (non è valido l'IBAN collegato ai Libretti Postali)

- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- certificazione indennità di accompagnamento;

- certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 (nelle more della definizione del processo di accertamento allegare ricevuta presentazione domanda) ovvero certificazione dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e s.m.i. con Legge 508/1988;
- scale ADL/IADL compilate a cura dell'Assistente Sociale comunale.

➤ PER RICHIESTE DI BUONO CARE GIVER è richiesta inoltre:

- L'autocertificazione che attesti lo stato di non occupazione o attività lavorativa fino a un max di 5 ore/die. Per i minori, il genitore caregiver deve autocertificare che si occupa delle cure socio-sanitarie del figlio, compromettendo il regolare svolgimento di attività lavorativa.

➤ PER RICHIESTE DI BUONO ASSISTENTE FAMILIARE E VITA INDIPENDENTE è richiesto inoltre:

- Per il personale di assistenza assunto direttamente: il contratto con apertura posizione INPS (o bollettino INPS da cui si evincano le ore dichiarate);
- Per il personale garantito da ente terzo: contratto e documentazione con validità fiscale emessa da ente terzo (es. cooperativa) o da professionista che eroga la prestazione da cui si evincano le ore settimanali prestate e il compenso pattuito;

➤ PER RICHIESTE DI VOUCHER SOCIALI è richiesto inoltre:

- Il preventivo spese per il periodo della Misura

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ATS ai sensi della DGR n. 7751/2022 che prevede la sottoscrizione del PAI (Progetto d'Assistenza Individualizzato), visite domiciliari di operatori del Comune di residenza per il monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;

2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare a consuntivo le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato (con esclusione dei buoni sociali caregiver);

3. comunicare tempestivamente al Comune di residenza:

- eventuale decesso;
- eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
- eventuale trasferimento;
- modifica del rapporto contrattuale in essere con il personale addetto all'assistenza ed eventuali interruzioni o sospensioni;
- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- modifica progetto.

Data _____ Firma: _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

In fede

.....
(firma)

**ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
SENSIBILI**

Il sottoscritto _____
acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento
UE 679/2016

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, per
incapacità di intendere o di volere, o per opportunità di progetto

Il sottoscritto _____ in
qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili e sanitari nell'ambito del procedimento inerente la
domanda di valutazione integrata per persone con disabilità grave e per anziani non
autosufficienti, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____ Firma _____

