

AL COMUNE DI SAN GIORGIO BIGARELLO

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 4138/2020 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il Residente a

in Via /Piazza

Tel. cell. mail

CHIEDE

Per se stesso

Per il/la Sig/ra

nato/a..... il e residente a

in Via /Piazza

Tel..... cel..... mail

Rispetto al beneficiario il richiedente è

**DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

presenta la domanda per la prima volta

ha presentato domanda anche l'anno precedente e conferma quanto dichiarato relativamente alla condizione di non autosufficienza

dichiara che nel corso dell'ultimo anno si è verificato l'aggravamento della situazione socio sanitaria della persona e/o il peggioramento dalla condizione di non autosufficienza

Dichiara inoltre che:

1) ha un Isee di €

non ha ancora l'isee e si impegna a richiederlo ed a consegnare agli uffici la DSU entro il 31 maggio 2021

2) è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge

104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1988

è in attesa dell'esito dell'accertamento avvenuto in data.....

- 3) frequenta il Centro Diurno con retta mensile a totale carico della Pubblica Amministrazione
- a tempo pieno
- a tempo parziale

NON frequenta un Centro Diurno

4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
<input type="checkbox"/>	Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l'assistente familiare)
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario

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

<input type="checkbox"/>	buono sociale per personale impiegato con regolare contratto
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per compensazione assistenza del caregiver familiare
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto) continuità con annualità precedenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

6) sta usufruendo dei seguenti servizi socio sanitari con quota a carico dell'Ente pubblico:

	Misura B1		Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese)
	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)		Voucher INPS/Home Care Premium
	ADI		Educativa Domiciliare Minori
	RSA aperta		Progetto ex L. 162/98
	Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):		Servizio Educativo Domiciliare Disabili
	Reddito di autonomia – voucher anziani o disabili		

7) Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

presso la propria abitazione

ricoverata presso la struttura denominata:

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune di _____ potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

E' fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni
- **prende atto** che in caso di non fosse in possesso di Isee , la DSU deve essere presentata entro il 31/05/2021, pena l'esclusione dalla graduatoria.

In caso di concessione di buono chiede che il pagamento avvenga:

direttamente al beneficiario

al Sig/ra

.....
residente a in via.....

Recapito telefonicoC.F.

Come da delega del beneficiario allegata

tramite accredito sul c/c di cui si allega IBAN.

ALLEGA

- Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980
- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST
- Copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Delega alla riscossione del beneficiario
- Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto
- Carta di identità di beneficiario e firmatario se non già agli atti
- Codice IBAN rilasciato dalla Banca

Data _____

In fede
