

AL COMUNE DI

SERVIZI SOCIALI

Oggetto: richiesta misura regionale DGR 2862/2020 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. cel. mail

Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

Per se stesso

Per il/la Sig/ra

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

in Via /Piazza

Titolo di soggiorno (se stranieri)

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 autonomia

Dichiara inoltre che:

1) ha un Isee di €

non ha ancora l'isee e si impegna a consegnarlo entro 90 giorni dalla protocollazione della domanda

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.18/1980

- 3) frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune

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 un solo familiare adulto o di soli minori 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 assistenziali con quota a carico dell'Ente pubblico:

<input type="checkbox"/>	Misura B1	<input type="checkbox"/>	Misura residenzialità leggera per ultra 65enni
<input type="checkbox"/>	SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)	<input type="checkbox"/>	Voucher INPS/Home Care Premium
<input type="checkbox"/>	RSA aperta	<input type="checkbox"/>	Progetto ex L. 162/98
<input type="checkbox"/>	Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):	<input type="checkbox"/>	Misura residenzialità leggera per minori con gravissime disabilità
<input type="checkbox"/>	Reddito di autonomia – voucher anziani o disabili	<input type="checkbox"/>	Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese)

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

- presso la propria abitazione
 ricoverata in riabilitazione/Sub-acuti/Cure intermedie/Post acuti

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 autocertificazione, l'attestazione Isee deve essere presentata entro 90 giorni dalla protocollazione della domanda, pena l'esclusione della stessa.

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

direttamente al beneficiario

al Sig/ra

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

C.F.

Come da delega del beneficiario allegata

Le modalità in cui si chiede il pagamento sono le seguenti:

a cassa

tramite accredito sul c/c di cui al seguente codice

IBA																												
N																												

ALLEGA

- Certificato di invalidità civili 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
- Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Eventuale delega alla riscossione del beneficiario
- Eventuale titolo di soggiorno
- Carta di identità di beneficiario e firmatario se non già agli atti

Data _____

In fede
