

Oggetto: **richiesta misura regionale DGR 7856/18 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 C.F.....
Tel.
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.
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:

- 1) ha un Isee di €
- 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 dell'Unione
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico dell'Unione
- 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
<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 oltre al beneficiario

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

<input type="checkbox"/>	buono sociale di 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)
<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:

Misura B1	Misura residenzialità leggera per ultra 65enni
SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)	Voucher INPS/Home Care Premium
RSA aperta	Progetto ex L. 162/98
Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):	Misura residenzialità leggera per minori con gravissime disabilità
Reddito di autonomia	Progetto "Dopo di noi"

7) ha usufruito della Misura B2 nell'annualità precedente

- NON ha usufruito della misura B2 nell'annualità precedente e:
 - ha compiuto 85 anni
 - richiede l'accesso alla misura per progetti di vita indipendente
 - ha compiuto 50 anni e non beneficia di interventi di cui al punto 6

MONITORAGGIO E CONTROLLI

L'Unione 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 dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 "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 l'Unione 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

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 IBAN.....

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

Data _____

In fede
