**Spett. Azienda insieme per il sociale**

**Distretto di Cinisello Balsamo**

**ISTANZA PER L’INDIVIDAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON DISABILITA’**

**Prima annualità AMBITO DI CINISELLO BALSAMO - PROVI 2020**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome ...................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

Codice Fiscale .................................................................................................................................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

in qualità di □ diretto interessato

oppure

□ amministratore di sostegno □ tutore □ altro ( specificare ) …………………………..

del/della sig./ra ......................................................................................................................................

nato a ................................................................................................ il .................................................

residente a .......................................... in via.....................................................................n°.................

recapito telefonico .................................................................................................................................

indirizzo e-mail ......................................................................................................................................

**CHIEDE**

di poter accedere ai

PROGETTI SPERIMENTALI IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE ED INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

**Certificazione invalidità**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

**Indennità di accompagnamento:** SI NO

|  |
| --- |
| CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA |
| CONDIZIONI ECONOMICHE - ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FAMIGLIARI/PERSONE SIGNIFICATIVE DEL RICHIEDENTE | | | |
| RAPPORTO DI PARENTELA | COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | RESIDENZA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indicare il CARE GIVER famigliare (specificare il grado di parentela): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e la condizione lavorativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* Se il richiedente è assistito da un assistente personale regolarmente assunto, indicare il nominativo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ASSISTENTE PERSONALE | | | |
| CONTRATTO (part time, full time, specificando le ore o h 24/24) | COGNOME NOME | DATA DI NASCITA | NAZIONALITA’ |
|  |  |  |  |

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato nel 2021/2022 del Pro.V.I. 2019 :

SI' □

NO □

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del **FNA – Misura B1 o B2:**

* Nessuno
* SI – interventi della Misura B1
* SI – interventi della Misura B2

Il RICHIEDENTE ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi sostenuti mediante i fondi legge **112/2016 (legge sul Dopo di Noi**):

SI' □

NO □

Per quanti anni: \_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE:

* È in carico al Servizio Sociale Territoriale

SI' NO

Assistente sociale di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc.…):

SI' NO

* Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es. Home care premium – contributo per assistenti familiari, altro ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frequenta Unità d’offerta semiresidenziali: SI' NO

Se SI quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE, evidenzia l’interesse per i seguenti interventi (*barrare le aree interessate*):

* **AREA ASSISTENZA PERSONALE ASSUNTA CON CONTRATTO REGOLARE** (assunto direttamente dal beneficiario o acquistato del servizio da ente accreditato). Si ricorda che il contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 800,00 euro mensile e non può eccedere l’80% dei costi realmente sostenuti. Allegare contratto e una busta paga.
* **AREA ABITARE IN AUTONOMIA** (*barrare il tipo di contributo richiesto)*
  + SPESE DI LOCAZIONE (il contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 300,00 euro mensili e non può superare l’80% dei costi sostenuti).
  + SPESE CONDOMINIALI (il contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 1.500,00 euro annuali e non superiore all’80% dei costi sostenuti).
  + SPESE UTENZE (il contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 250,00 euro mensili e non superiore ai costi sostenuti)
  + SPESE ADEGUAMENTO STRUTTURALE (abbattimento barriere architettoniche). Se la persona vive sola, il contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 1.500,00 euro per progetto/unità abitativa.
  + SPESE DI ALTRO PERSONALE DIVERSO DALL’ASSISTENTE PERSONALE, come ad esempio educatore, supporto psicologico alla persona. (contributo riconosciuto è fino ad un massimo di 200,00 euro mensili e non superiore all’80% dei costi sostenuti).
* **INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE** *(barrare il tipo di contributo richiesto)*

SPESE DI PERSONALE (ad esclusione dell’assistente personale). Contributo riconosciuto fino ad un massimo di 300,00 euro mensili e non superiore all’80% dei costi sostenuti.

* **TRASPORTO SOCIALE**

Le spese in tale macroarea sono riconosciute solo se il progetto individuale prevede attività di inclusione sociale e relazionale.

Sinteticamente descrivere la motivazione progettuale relativa alla richiesta di tale contributo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RICHIEDENTE

si impegna ad elaborare in accordo con i servizi sociali territoriale, un progetto dettagliato, comprendendo anche l’ente erogatore individuato, se presente, che attuerà gli interventi. Gli enti erogatori scelti o da scegliere, verranno accreditati (procedura di accreditamento pubblicata sul sito [www.insiemeperilsociale.it](http://www.insiemeperilsociale.it)).

Per i progetti dove viene richiesto solo il contributo per l’assistente personale, non viene richiesto un ente erogatore, ma si richiederà solo il contratto stipulato con l’assistente personale scelto dal beneficiario.

**ALLEGA**

* FOTOCOPIA CARTA IDENTITA’ DEL RICHIEDENTE
* ATTESTAZIONE ISEE
* VERBALE INVALIDITA'
* ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA
* CONTRATTO E BUSTA PAGA ASSISTENTE PEROSNALE (se richiesta area assistente personale)

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)