

**Spett. Azienda insieme per il sociale
Distretto di Cinisello Balsamo**

**ISTANZA PER L'INDIVIDUAZIONE 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 familiare (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

Azienda Speciale dei Comuni di
BRESCO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

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).

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)