***DOMANDA DI CONTRIBUTO FNA MISURA B2***

***A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - DGR 7751/2022***

***FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) annualità 2023***

**Spett. Azienda Insieme per il Sociale**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento d’Identità numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 in qualità di diretto interessato

**OPPURE**

*(da compilarsi fino a “CHIEDE” solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona)*

***Nel caso la persona affetta da grave disabilità o non autosufficiente versi in uno stato di impedimento permanente*:**

 in qualità di tutore

(indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 in qualità di curatore

(indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi del provvedimento di nomina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l’atto di procura generale notarile)

***Nel caso in cui la persona sia un minore:***

 in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva

 in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto,

madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso la potestà genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)*

***Nel caso in cui non vi sia un legale rappresentante:***

 in qualità di coniuge

 In qualità di figlio

 Altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Che abbia formale delega scritta da parte dell’interessato a presentare per suo conto domanda di Misura B2 (allegare delega firmata con fotocopia del documento d’identità del delegante)

**del/la Sig./Sig.ra in qualità di persona affetta grave disabilità e non autosufficiente**:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento dello strumento di cui alla DGR 5791/2021

|  |  |
| --- | --- |
| **STRUMENTO** |  |
| Buono sociale per caregiver familiare |  |
| Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto |  |
| Voucher sociali per la vita di relazione di minori con disabilità |  |

Al fine del riconoscimento del contributo della Misura B2, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità.

**DICHIARA**

* Come diretto interessato
* Per conto della persona che rappresentata

1. Di essere/è residente nell’Ambito di Cinisello Balsamo (Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano, Cusano Milanino);
2. di essere/è in possesso di certificazione d’invalidità civile del 100%;

□ di essere/è in possesso della certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)

□ di beneficiare/beneficia dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980;

**A**. di aver/ha fatto richiesta/usufruire:

□ Misura RSA Aperta, erogata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;

□ Progetto sperimentale PROVI per assistente personale regolarmente assunto;

□ FNA Misura B1.

1. di aver/ha fatto richiesta/usufruire di:

□ Interventi/prestazioni di carattere assistenziale erogati da Enti Previdenziali (es.: Home Care Premium);

□ prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_;

□ prestazioni assicurate dall’ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

□ Voucher anziani e disabili (reddito di autonomia)

□ Di non essere/è inserito in servizi residenziali

1. Di essere/è inserito in servizi diurni, indicare la tipologia e il tipo di frequenza (full time o part time)

* CSE □ part time □ full time
* CDD □ part time □ full time
* CDI □ part time □ full time
* ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ part time □ full time

1. Di usufruire/usufruisce di prestazioni di carattere educativo:

* Assistenza educativa scolastica
* Assistenza educativa domiciliare

1. Di usufruire/usufruisce di progetti personalizzati mirati al sostegno di persone disabili, attraverso il finanziamento delle misure:

* Ex. L. 162/98
* Dopo di Noi
* Progetto sperimentale PROVI

1. Che il nucleo famigliare convivente (del richiedente o della persona rappresentata), è composto:

* Dal solo richiedente della Domanda B2
* Da più componenti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **grado di parentela** | **eta’** | **professione** | **percentuale di invalidità (allegare certificato)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Che la rete famigliare non convivente (del richiedente o della persona rappresentata), è composta da (indicare le persone non coabitanti: genitori, coniuge, figli; per persone fino a 65 anni indicare anche i fratelli e le sorelle):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **grado di parentela** | **eta’** | **Comune di residenza** | **professione** | **percentuale di invalidità (allegare certificato)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Di essere/è seguito dall’Assistente sociale, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Che il Medico di Medicina Generale è il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che si autorizza a contattare per richiedere informazioni utili per la definizione del progetto della misura B2;
3. che, qualora la presente richiesta di attivazione della misura B2 venga accolta, l’Azienda Speciale Insieme per il Sociale provveda a liquidare l’importo maturato mediante bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

**Genitore A**

Cognome e nome dell’intestatario del conto corrente

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

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Genitore B**

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

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

Codice Fiscale del cointestatario del conto corrente

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

ovvero

 delegando a riscuotere per conto della persona affetta da disabilità grave e non autosufficiente (e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità in merito) il buono che le/gli spetta in quanto titolare

il sig./la sig.a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

(*in questo caso è necessario presentare delega ai sensi dell’art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000).*

1. che, qualora la presente richiesta di attivazione della Misura B2 venga accolta, si impegna a comunicare tempestivamente all’Ufficio di Piano di Azienda Speciale Insieme per il Sociale qualunque fatto che implichi la sospensione o l’interruzione della misura concordata.
2. di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR 7751/2022 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B2, alle tipologie di intervento previste
3. di essere consapevole del fatto che l’effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere oltre al colloquio anche un accesso domiciliare da parte di personale dei Comuni di residenza.
4. di aver preso visione dell’informativa all’utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, ai sensi dell’art. 13 del Dlgs n. 196/2003 Codice Privacy e dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 GDPR

**ALLEGA**

* verbale di invalidità;
* certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3);
* certificazione indennità di accompagnamento;
* certificazione Isee sociosanitario in corso di invalidità (nel caso non venga allegata, la domanda risulterà non lavorabile). In caso di minore viene richiesto l’Isee ordinario in corso di validità;
* copia IBAN;
* in caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;
* All.3\_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.

Per la richiesta del buono sociale assistente personale, in caso di contratto di assunzione o nel caso di nuova assunzione, si allega

* denuncia del rapporto di lavoro;
* lettera di impegno all’assunzione sottoscritta dalle parti;
* contratto di assunzione.

Per la richiesta del voucher sociale minori si allega

* All. 2\_Scheda di presentazione progetto (se non presente al momento della presentazione della domanda, dovrà essere integrato entro e non oltre il 30.05.2023).

Luogo e data Firma (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma dell’altro genitore esercente la potestà genitoriale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.