

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

**DOMANDA DI CONTRIBUTO FNA MISURA B2 A FAVORE DI PERSONE CON
DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**
DGR 1669/2023 e ss.mm.ii.
Annualità 2024

Il sottoscritto			
Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di Nascita	
Residente a		Indirizzo	
Telefono		Email	
Stato civile		Codice Fiscale	

in qualità di diretto interessato

OPPURE

in qualità di familiare/amministratore di sostegno/tutore/curatore del possibile beneficiario
Misura B2:

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Data di Nascita	
Residente a		Indirizzo	
Telefono		Email	

Ruolo:

Nel caso in cui la persona sia in protezione giuridica:

- in qualità di tutore
- in qualità di curatore
- in qualità di amministratore di sostegno

Nel caso in cui la persona sia un minore:

- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva
- in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto,
madre _____ (nome e cognome)
padre _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso la responsabilità 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

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

- in qualità di figlio
- altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela: _____)

Si richiede una 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)

CHIEDE

Di poter accedere al progetto (indicare la richiesta*):

- Prosecuzione Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto in continuità con la precedente annualità (DGR 7751/2022)**
- Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto**
- Buono sociale per caregiver familiare**
- Prestazione domiciliare di tipo socioassistenziale per anziani non autosufficienti**

**Si ricorda che solo il buono sociale per caregiver familiare è compatibile ed integrabile con la prestazione domiciliare di tipo socioassistenziale per anziani non autosufficienti. La persona può chiedere: il solo buono caregiver, la sola prestazione domiciliare oppure entrambe le opzioni.*

La concessione dell'assistenza indiretta tramite **buono sociale mensile** previsto dal Fondo Non Autosufficienza (sopraindicati) è richiesta per:

- Assistenza assicurata da parte del caregiver familiare:

Nome e Cognome del caregiver _____

Rapporto di parentela	N. Ore settimanali dedicate all'assistenza		Assistenza per l'igiene personale	Assistenza per alimentazione	Assistenza per mobilità	Assistenza per gestione della terapia	Assistenza per supporto sociale/comunicazione
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

- Assistenza assicurata da parte di un assistente familiare regolarmente assunto*.

Cognome	Nome	Numero ore settimanali da contratto	Tempo determinato/indeterminato	Se tempo determinato indicare il termine del contratto

*Si chiede di allegare alla presente contratto assistente familiare.

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

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

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%;
3.
 - 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;
 - in fase di accertamento, presentata in data: _____
4. Di essere affetto dalla seguente patologia (indicare con una X):

1	Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
2	Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
3	Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia,)
4	Malattia del motoneurone
5	Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
6	Disabilità sensoriale
7	Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
8	Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
9	Ritardo mentale
10	Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
11	Distrofie muscolari e altre miopatie
12	Sclerosi Multipla
13	Altro: _____

5. Di essere in possesso del seguente ISEE:
 - o ISEE Socio-sanitario (adulti e anziani) fino a 25.000,00 €.
Data rilascio ISEE ___/___/___ e Valore ISEE _____

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

- ISEE Ordinario (in caso di minore con disabilità) fino a 40.000,00 €. Data rilascio ISEE ___/___/___ e Valore ISEE _____
- In possesso della sola DSU, datata ___/___/___

DICHIARA INOLTRE
6. Di usufruire di:

Intervento attivo	Indicare con una X
Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;	
Prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ore settimanali _____;	
Pasti a domicilio erogati dal Comune	
Prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): Indicare la motivazione di tale attivazione e l'ente erogatore: _____	
Frequenza diurna CSE Indicare il CSE frequentato: _____	<input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time
Frequenza diurna CDD Indicare il CDD frequentato: _____	<input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time
Frequenza diurna CDI Indicare il CDI frequentato: _____	<input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time
Assistenza educativa scolastica	
Assistenza educativa domiciliare	
Dopo di Noi. Specificare la tipologia di sostegno: _____	
Pro.V.I. Specificare la tipologia di sostegno: _____	
Altro: _____	
NESSUN SERVIZIO ATTIVO	

7. Di non usufruire di*:

Intervento NON attivo	Indicare con una X

Interventi/prestazioni di carattere assistenziale erogati da Enti Previdenziali (es.: Home Care Premium)	
FNA Misura B1	
Misura RSA Aperta (se si è in possesso della misura bisognerà chiuderla prima di poter beneficiare della Misura B2)	
Progetto sperimentale PROVI per assistente personale regolarmente assunto	
Voucher anziani e disabili (reddito di autonomia)	
Inserimento in Servizi residenziali	

*Le misure/servizi qui sopra descritti sono incompatibili con la misura B2; pertanto, si chiede di indicare con una X i servizi non attivi.

8. Che il **nucleo familiare convivente** (del richiedente o della persona rappresentata), è composto da:

	1	Coniuge o convivente
	2	Coniuge o convivente e figlio/i minore/i
	3	Coniuge o convivente e figlio/i maggiorenne/i
	4	Coniuge o convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
	5	Coniuge o convivente + un genitore/ambidue genitori
	6	Ambidue i genitori
	7	Ambidue i genitori + fratello/i + sorella/e
	8	Padre
	9	Padre + fratello/i + sorella/e
	10	Madre
	11	Madre + fratello/i + sorella/e
	12	Fratello/i + sorella/i
	13	Figlio/a/i
	14	Solo
	15	Altro

- Che il nucleo ha al proprio interno almeno un'altra persona invalida (allegare il certificato).

9. Che **la rete familiare non convivente** (del richiedente o della persona rappresentata), è composta da*:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Comune di residenza

Stato civile		Codice Fiscale	
---------------------	--	-----------------------	--

13. 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;
14. 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;
15. di essere consapevole del fatto che verranno effettuati controlli a campione sulle autodichiarazioni rese;
16. 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 al 100%;**

Solo per i minorenni:

- ✓ **certificazione di invalidità civile con indennità di accompagnamento o indennità di frequenza**

Per tutti:

- ✓ **gravità o indennità di accompagnamento:**

- certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)
- certificazione indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980;

- ✓ **certificazione ISEE**

- ISEE Socio-sanitario in corso di validità entro i € 25.000,00
- ISEE Ordinario in corso di validità entro i € 40.000,00 solo per i minori con disabilità

- ✓ **copia IBAN;**

- ✓ **documento d'identità** e nel caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;

- ✓ **Schede ADL/IADL compilate**

- ✓ **All.2_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.**

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)

Telefono: 02.66.42.97.27

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

Per la richiesta del buono sociale per assistente familiare regolarmente assunto, si allega

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

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.