**Spett. Azienda Insieme per il Sociale**

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

**AMBITO DI CINISELLO BALSAMO – PRO.V.I. 2023**

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 ....................................................................................................................................

**DICHIARA**

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

**Indennità di accompagnamento: SI**         **NO**

|  |
| --- |
| CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA  da allegare |
| 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 CAREGIVER 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 POSSIBILE BENEFICIARIO ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del **FNA – Misura B1 o B2:**

* Nessuno
* SI – interventi della Misura B1, quali …………………..
* SI – interventi della Misura B2, quali …………………..

Il POSSIBILE BENEFICIARIO sta beneficiando negli anni precedenti di interventi sostenuti mediante i fondi legge **112/2016 (legge sul Dopo di Noi**):

SI' □

NO □

Per quali interventi: ……………………………………………………………………………..

Il POSSIBILE BENEFICIARIO:

* 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: quali, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Beneficia di altri contributi erogati per la medesima finalità (es. Home care premium – contributo per assistenti familiari, Misura B2 buono assistente familiare...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Frequenta Unità d’offerta semiresidenziali: SI           NO
* Se SI quale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
	+ part time
	+ full time

Il POSSIBILE BENEFICIARIO con chi vive:

* Da solo
* Con la propria famiglia (coniuge/convivente senza figli)
* Con la propria famiglia (coniuge/convivente con figli)
* Con la famiglia d’origine (genitori, fratelli/sorelle)

**CHIEDE**

Indicare almeno due aree:

|  |  |
| --- | --- |
| **MACROAREE** | **Indicare con una X** |
| 1 | **AREA ASSISTENZA PERSONALE ASSUNTA CON CONTRATTO REGOLARE** |  |
| 2 | **AREA ABITARE IN AUTONOMIA** |  |
| 2.1 | SPESE DI LOCAZIONE |  |
| 2.2 | SPESE CONDOMINIALI |  |
| 2.3 | SPESE UTENZE  |  |
| 3 | **INCLUSIONE SOCIALE E RELAZIONALE** |  |
|  | Progetti di accompagnamento all’autonomia (palestre autonomia) |  |

Descrizione del progetto:

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

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

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

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

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.

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/POSSIBILE BENEFICIARIO
* VERBALE INVALIDITA'
* ISEE SOCIOSANITARIO O ISEE ORDINARIO
* CONTRATTO E BUSTA PAGA ASSISTENTE PERSONALE (se richiesta area assistente personale)
* All.2- Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali
* All. 3 ADL e IADL

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_