*Allegato 2 – Domanda di contributo FNA Misura B2*

**Spett. Azienda Insieme per il Sociale**

|  |
| --- |
| ***DOMANDA DI CONTRIBUTO*** ***FNA MISURA B2 - BUONO SOCIALE MENSILE IN CASO DI*** ***ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO*** ***A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI*** ***DGR 3719/2024*** Annualità 2025 |

|  |
| --- |
| **INTESTATARIO DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO** |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  | **Data di Nascita** |  |
| **Residente a** |  | **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  | **Email** |  |
| **Stato civile** |  | **Codice Fiscale** |  |

 in qualità di diretto interessato

**NEL CASO IN CUI L’INTESTATARIO NON COINCIDE CON IL RICHIEDENTE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE:**

|  |
| --- |
| **Il sottoscritto**  |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  | **Data di Nascita** |  |
| **Residente a** |  | **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  | **Email** |  |

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

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

 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 **Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto,** indicando i dati dell’assistente familiare impiegato con regolare contratto:

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

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%;

□ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Di avere regolare contratto di assistente familiare regolarmente assunta, che si allega alla presente.
2. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Di essere in possesso del seguente ISEE:
	* ISEE Socio-sanitario (adulti e anziani) fino a 25.000,00 €.

Data rilascio ISEE \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e Valore ISEE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 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**

1. 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 CSEIndicare il CSE frequentato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ part time □ full time |
| Frequenza diurna CDD Indicare il CDD frequentato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ part time □ full time |
| Frequenza diurna CDI Indicare il CDI frequentato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ part time □ 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 |  |

1. 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.**

1. Che il **nucleo famigliare 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/ambedue genitori |
|   | 6 | Ambedue i genitori |
|   | 7 | Ambedue 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).
1. Che **la rete famigliare non convivente** (del richiedente o della persona rappresentata), è composta da\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Grado di parentela** | **Comune di residenza** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Indicare le persone non coabitanti: genitori, coniuge, figli, fratelli e sorelle, che vivono fuori dalla propria abitazione.**

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)

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

Intestatario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Genitore A**

Cognome e nome dell’intestatario del conto corrente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Genitore B**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| **Luogo di nascita** |  | **Data di Nascita** |  |
| **Residente a** |  | **Indirizzo** |  |
| **Telefono** |  | **Email** |  |
| **Stato civile** |  | **Codice Fiscale** |  |

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 3719/2024 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B2, alle tipologie di intervento previste;
3. di essere consapevole del fatto che verranno effettuati controlli a campione sulle autodichiarazioni rese;
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 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;
* **All.3\_Schede ADL/IADL compilate**
* **All.4\_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.**
* **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.