

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

**ISTANZA PER L'INDIVIDUAZIONE DEI BENEFICIARI PER IL SOSTEGNO ALLA
VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE CON
DISABILITA'
AMBITO DI CINISELLO BALSAMO – PRO.V.I. 2024**

IL SOTTOSCRITTO:

Nome e Cognome
nato/a 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 a il
residente a in via n°
Codice Fiscale
Recapito telefonico
indirizzo e-mail

DICHIARA

Percentuale di invalidità riconosciuta: _____ %

Indennità di accompagnamento: SI ☐ NO ☐

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA (<u>allegare ISEE</u>)
CONDIZIONI ECONOMICHE – ISEE _____
DI AVER PRESENTATO DSU IN DATA: ____/____/____

FAMIGLIARI/PERSONE SIGNIFICATIVE DEL RICHIEDENTE
--

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

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

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

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

RAPPORTO DI PARENTELA	COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA

Indicare il CAREGIVER 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 POSSIBILE BENEFICIARIO ha già beneficiato negli anni precedenti di interventi a carico del **FNA – Misura B1 o B2:**

- ☐ Nessuno
- ☐ Sì – interventi della Misura B1, quali _____
- ☐ Sì – 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):**

SÌ ☐
NO ☐

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “INSIEME PER IL SOCIALE”

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)
Telefono: 02.66.42.97.50
e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it
C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

Per quali interventi:

IL POSSIBILE BENEFICIARIO:

- ☐ È in carico al Servizio Sociale Territoriale: SÌ ☐ NO ☐
Se sì: Assistente sociale di riferimento: _____
- ☐ Beneficia di SAD e/o di servizi complementari (pasto, trasporto, ecc....):
SÌ ☐ 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: SÌ ☐ NO ☐
 ○ Se SÌ quale _____ ;
 ▪ part time
 ▪ full time

IL POSSIBILE BENEFICIARIO 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	
3.1	SPESE DI ALTRO PERSONALE DIVERSO DALL’ASSISTENTE PERSONALE (es: Educatore, ...)	
4	TRASPORTI	

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “INSIEME PER IL SOCIALE”

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

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

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

5	DOMOTICA	
---	-----------------	--

Descrivere sinteticamente la motivazione progettuale relativa alla richiesta di tale contributo:

II 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 SOCIO SANITARIO O ISEE ORDINARIO
- ALTRA EVENTUALE DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- CONTRATTO E BUSTA PAGA ASSISTENTE PERSONALE (*se è richiesta l'area assistente personale*)
- All.2- Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali

Luogo e data _____

FIRMA _____

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "INSIEME PER IL SOCIALE"

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

Telefono: 02.66.42.97.50

e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it

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