Amministrazione destinataria

Comune di Peschiera Borromeo

Ufficio destinatario

Ufficio di Piano e Servizi per il Lavoro

Richiesta 'Fondo non autosufficienza' anno 2025 a persona con disabilità grave a basso carico assistenziale residenti nei comuni dell'ambito di Paullo - misura b2

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

in qualità di

- ○ diretto interessato
- ○ familiare
  - **Indicare il grado di parentela**
- ○ tutore nominato con decreto
  - **Numero** | **Del**
- ○ curatore nominato con decreto
  - **Numero** | **Del**
- ○ amministratore di sostegno nominato con decreto
  - **Numero** | **Del**

Del sig./ Sig.ra

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia

Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Stato civile	Invalidità (%) come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992

CHIEDE

- ○ per sè
- ○ per conto del beneficiario

l'attivazione di una delle seguenti prestazioni a favore di persone con disabilità grave e a basso carico assistenziale come previsto dalla D.G.R. n. 3719/2024 (MISURA B2)

- ☐ buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare
- ☐ buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver professionale
- ☐ buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente (assegno per l'autonomia)
- ☐ interventi sociali integrativi – educatore al centro estivo (assistenza individuale)
- ☐ interventi sociali integrativi – interventi educativi socializzanti
- ☐ interventi sociali integrativi – SAD integrativo di interventi già attivi
- ☐ interventi sociali integrativi – ricovero di sollievo

- ☐ nel caso le risorse destinate ai buoni sociali non siano disponibili si chiede l'attivazione di un servizio sociale integrativo condiviso con l'Assistente Sociale di riferimento

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☑ di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi

che il beneficiario percepisce

- ☐ indennità di accompagnamento (legge n. 18/1980)
- ☐ bonus per assistente familiare ex l.r. n.15/2015
- ☐ Dopo di Noi
- ☐ contributo da risorse progetti di vita indipendente (PRO.VI)- incompatibile con la misura B2
- ☐ prestazioni integrative (es: INPS, Home Care Premium...)

che il beneficiario

- [ ] usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
  Erogato da
- [ ] usufruisce del servizio di Assistenza Domiciliare (SAD – SADH)
  Erogata da
- [ ] è in carico alla Misura RSA aperta (ex DGR n. 7769/2018) – incompatibile con la misura B2
- [ ] frequenta un'unità di offerta semiresidenziale sociosanitaria o sociale (RSA, RSD, CDD, CSE, Hospice, Centro Diurno per anziani, ecc.)
  - ○ tempo pieno
  - ○ part time

che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, in nucleo familiare si compone di

☐ componente n. 1

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Rapporto di parentela

Professione

☐ componente n. 2

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Rapporto di parentela

Professione

☐ componente n. 3

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Rapporto di parentela

Professione

☐ componente n. 4

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Rapporto di parentela

Professione

☐ **componente n. 5**

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Rapporto di parentela

Professione

☐ **componente n. 6**

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Rapporto di parentela

Professione

☐ **componente n. 7**

Cognome | Nome | Codice Fiscale

Data di nascita | Sesso | Luogo di nascita | Cittadinanza

Rapporto di parentela

Professione

che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore

○ ISEE socio sanitario (non superiore a €25.000,00 per il buono sociale caregiver familiare / professionale e non superiore a €30.000,00 per buono sociale progetto vita indipendente)

Specificare ISEE (€)

○ ISEE ordinario (non superiore a €40.000,00 SOLO per i minorenni)

Specificare ISEE (€)

di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante

☑ la situazione economica e reddituale, la situazione sanitaria e sociale del beneficiario degli interventi

☑ l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale

☑ eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazionipreviste dalla D.G.R. n. XII/1669 / 2023

Che il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente bancario/postale (il conto corrente deve essere intestato o cointestato al beneficiario)

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

○ il sottoscritto è intestatario del conto corrente

○ l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome	Nome	Codice Fiscale

DICHIARA ALTRESÌ

☑ di impegnarsi, in caso di accoglimento della presente, a segnalare non oltre 15 gg dal suo verificarsi, qualsiasivariazione dei redditi e della sua composizione familiare ed a esibire qualunque documentazione richiesta dal Comune

☑ di essere consapevole che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 direttiad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite anche tramite la Guardia di Finanza e altri enti pubblici

☑ di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GPDR), il trattamento dei propri dati personali, nonchédi autorizzare il Comune di Peschiera Borromeo, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto,certificazione, informazione, ritenute utili ai fini della valutazione della domanda

☑ di autorizzare, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GPDR), considerato che il Beneficiario non puòprestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o divolere, il trattamento dei propri dati sensibili e sanitari, nonché di autorizzare il Comune di PeschieraBorromeo, a richiedere agli Uffici competenti ogni eventuale atto, certificazione, informazione, ritenute utili aifini della valutazione della domanda e/o la loro trasmissione agli Enti coinvolti nell'erogazione di prestazionie/o concessione di contributo

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento, se persona diversa da chi presenta l'istanza
- ☑ verbale di invalidità
- ☑ certificato di condizione di gravità
  come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992
- ☐ copia del contratto di assunzione del caregiver professionale (badante) e/o dell'assistente personale individuato per il supporto ai progetti di vita indipendente
- ☐ autodichiarazione dei requisiti del caregiver familiare
- ☐ certificazione ISEE
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Peschiera Borromeo		