



Al Comune di _____ ANGERA _____

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
AI SENSI DELLE**

**DGR XII/1669 del 28/12/2023 – DGR XII/2033 del 18/03/2024 – DGR XII/2166 del 15/04/2024 –
e DGR 7505/2022 - DGR 7799/2023 (caregiver)**

Decreti

n. 4773 del 22/03/2024; n. 4957 del 26/03/2024; n. 4895 del 26/03/2024; n. 5001 del 27/03/2024

PRESENTATA A FAVORE DI:

Nome e cognome (del beneficiario della misura)

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

Provincia _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale _____

Nominativo del Medico di medicina generale (*medico curante del beneficiario della misura*)

DAL

DIRETTO INTERESSATO

oppure

FAMILIARE Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto _____ n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto _____

n. _____ del _____

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Via _____ n. _____

Provincia _____

Tel. _____

e-mail _____



CHE AL FINE DI ACCEDERE ALLE MISURE PREVISTE:

- A) Buono sociale mensile al caregiver familiare e/o Intervento sociale integrativo;
(*oppure*)
- B) Buono sociale mensile per Assistente familiare regolarmente assunto anche in presenza di Caregiver familiare;
(*oppure*)
- C) Assegno di autonomia;

DICHIARA

- Di presentare/che il soggetto sopraindicato presenta nuova istanza;
(*oppure*)
- Di presentare/che il soggetto sopraindicato presenta istanza in continuità con l'anno precedente;

CHIEDE

La valutazione multidimensionale integrata per il beneficiario Misura B2.

A TAL FINE ALLEGA

(mettere crocetta di fianco al documento presentato)

- Documento di identità dell'interessato e del richiedente se persona diversa;
- Tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Attestazione ISEE in corso di validità. L'ISEE richiesto per i maggiorenni è il cosiddetto ISEE socio-sanitario (della persona), per i minorenni è quello ordinario;
- Copia del certificato della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 oppure dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge n. 18/1980;
- Eventuale contratto di assunzione dell'assistente familiare;
- Eventuale certificazione frequenza centri diurni (con indicazione n. di ore mensili effettive di frequenza);
- copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale (*se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore*)

Il richiedente si impegna a comunicare al Comune ogni variazione che possa comportare la decadenza del diritto del beneficio.

A TAL FINE INOLTRE

- Prende atto che la misura non è compatibile con:
 - i Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)
 - accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - Misura B1;
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;



- Home Care Premium/INPS HCP;

DICHIARA

- che l'ISEE del beneficiario è:
 - ISEE ordinario;
 - Isee sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico);
 - Isee sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne (caso di persona non coniugata e senza figli);
 - ISEE sociosanitario: genitori del beneficiario minorenne anche se non coniugati e non conviventi;
 - Valore ISEE € _____
- Di essere in possesso della Certificazione L.104 (art. 3, comma 3);
- Di percepire indennità accompagnamento invalidi civili totali;

Di beneficiare delle seguenti misure/prestazioni:

- interventi di assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio di Assistenza Domiciliare;
- interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
- ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
- ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
- sostegni Dopo di Noi *;
- Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.
- di essere a conoscenza che il Servizio Sociale Comunale potrà procedere con controlli a campione come previsto dall'art. 9 del regolamento DGR XI/7751/2022.
- di essere a conoscenza che ASST SETTE LAGHI, ai sensi dall'art. 71 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), si informa che i dati personali comuni e particolari presenti nella domanda e allegati relativi, sono trattati dal Comune di Sesto Calende - Ufficio di Piano, in qualità di Titolare in attuazione del Decreto Ministeriale 14/05/2014, 202. Fatta salva la possibilità di un ulteriore utilizzo per trattamenti successivi compatibili con le finalità della raccolta il trattamento dei dati forniti direttamente dagli interessati o comunque acquisiti per le suddette finalità, è effettuato presso il Comune di Sesto Calende – Ufficio di Piano, anche con l'utilizzo di procedure informatizzate da persone autorizzate e impegnate alla riservatezza. Il trattamento dei dati viene effettuato anche con l'utilizzo di procedure informatizzate ed è finalizzato all'espletamento delle attività, connesse e strumentali, alla gestione delle procedure amministrative volte anche a verificare le condizioni di morosità incolpevole ai fini dell'accesso ai relativi contributi. Il trattamento dei dati raccolti attraverso il presente modulo è improntato ai principi di liceità e correttezza, di pertinenza e non eccedenza. Il conferimento dei dati (fatta eccezione per il numero telefonico e per l'indirizzo e-mail) è obbligatorio e l'eventuale



rifiuto preclude la possibilità di partecipare alla procedura per accedere al contributo previsto dall'apposito Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli.

I dati raccolti non saranno oggetto di diffusione, ma saranno comunicati all'Ufficio di Piano di Sesto Calende per l'espletamento della relativa istruttoria come previsto dal Bando pubblico; potranno inoltre essere comunicati ad altri soggetti pubblici purché previsto da specifiche disposizioni di legge o di regolamento. I trattamenti saranno effettuati a cura delle persone fisiche preposte alla relativa procedura, designate come incaricati del trattamento, nonché dai soggetti che interverranno nelle attività procedurali opportunamente individuati e designati come Responsabili esterni del trattamento.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento se incompleti o erronei e la cancellazione se sussistono i presupposti, nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo la richiesta ad uno dei seguenti indirizzi:

- Comune di Sesto Calende - Ufficio di Piano, in qualità di Titolare, mediante indirizzo e-mail: pdz@comune.sesto-calende.va.it

Per altri dettagli consultare l'informativa presente sul sito del Comune: <http://www.comune.sesto-calende.va.it>.

Data _____

Firma _____



MODULO AUTOCERTIFICAZIONE CONVIVENZA/NON CONVIVENZA CON PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE PER RICHIESTA MISURA B2

Il sottoscritt _____

nat_a _____ il _____

residente a _____ Via _____

carta identità n. _____ rilasciato da _____ in data
_____ n. telefono _____

eventuale indirizzo di posta elettronica _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

DICHIARA

Di essere caregiver del isg. familiare in quanto:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente | <input type="checkbox"/> Cugino/a |
| <input type="checkbox"/> Figlio/i | <input type="checkbox"/> Nuora/Genero |
| <input type="checkbox"/> Ambedue i genitori | <input type="checkbox"/> Cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Zio/a |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Nessuno |
| <input type="checkbox"/> Fratello/i + sorella/i | <input type="checkbox"/> Altro |

- di abitare
 di non abitare

con il/la Sig/a (richiedente misura B2) _____

e di prestare assistenza attiva per un totale di _____ ore al giorno con le seguenti funzioni:

- Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza;
- Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione);
- Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ecc.);
- Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ecc);
- Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema);

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16.

Luogo e data _____

Firma



Si allega copia documento d'identità in corso di validità
