

DATA _____
PROTOCOLLO COMUNE _____
CODICE CARNET _____

Consegnare fotocopia prima pagina al richiedente

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA
“B2 - MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O
IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA”**

Il richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso maschio femmina Età _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale: _____

Residenza Via/Piazza _____ Comune _____

Tel. _____ in qualità di _____

C H I E D E DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA B2 fondo 2024

Per sé stesso

Per il seguente beneficiario:

Cognome: _____ Nome: _____

Sesso maschio femmina Età _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale: _____

Residenza Via/Piazza _____ Comune _____

Tel. _____

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere a conoscenza che Ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. n. 159 del 5 dicembre 2013, l'ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correlazione di errori materiali.

Che qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, l'Azienda ASPA adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Che il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell'utilizzo del Buono Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

DICHIARA ALTRESI' CHE

- il beneficiario è residente nel Comune di _____;
- per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
- che ha un ISEE di €

Tipologia ISEE:

- 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 che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone);
- ISEE sociosanitario: genitori del beneficiario minorenni anche se non coniugati e non conviventi.

Tipologia Assistito:

- Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
 - Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
 - Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
 - Malattia del motoneurone
 - Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
 - Disabilità sensoriale
 - Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
 - Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
 - Ritardo mentale
 - Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
 - Distrofie muscolari e altre miopatie
 - Sclerosi Multipla
 - Altro (ATTENZIONE: da considerare come opzione residuale)
-
- il beneficiario è in possesso di condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
 - il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario oppure trattasi di Caregiver/Familiare;
 - il beneficiario è assistito nella cura da caregiver familiare (senza l'utilizzo di servizio di assistenza domiciliare e/o assistenti familiari);

Composizione nucleo Familiare:

- Coniuge/convivente
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
- Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
- Coniuge/convivente + un genitore/ambidue genitori
- Ambedue i genitori
- Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
- Padre
- Padre + fratello/i + sorella/e
- Madre
- Madre + fratello/i + sorella/e

- Fratello/i + sorella/i
- Figlio/a/i
- Solo
- Altro

Caregiver Familiare:

Cognome _____ Nome _____

- Coniuge/convivente
- Figlio/a/i
- Ambedue i genitori
- Padre
- Madre
- Fratello/i + sorella/i
- Cugino/a
- Nuora/Genero
- Cognato/a
- Zio/a
- Nessuno
- Altro

Ore al giorno di assistenza attiva erogate dal Caregiver Familiare: _____

Tipologia di Assistenza erogata dal caregiver:

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

Assistente Personale:

- Assistente Personale 24 h
- Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)
- Assistente Personale tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- Assistente personale qualificato 24 h
- Assistente Personale qualificato tempo pieno (min 7 ore die)
- Assistente Personale qualificato tempo parziale (inferiore a 7 ore die)
- Altro
- Nessuno

- richiede l'intervento misura B2 per la prima volta
- ha già beneficiato di interventi misura B2 con annualità precedenti
- beneficiario nell'annualità precedente di buono assistente familiare regolarmente impiegato
- Presenza di altro convivente potenziale beneficiario della misura B2 (ha presentato istanza per la medesima annualità). Indicare il nome _____
- Che la condizione socio-sanitaria del beneficiario è peggiorata rispetto all'anno 2024 (ai fini della rivalutazione ADL-IADL):
 - SI
 - NO

sta usufruendo dei seguenti servizi INCOMPATIBILI con la misura b2:

- la persona beneficia di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- il beneficiario è accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- il beneficiario è percettore della Misura B1;
- Prestazione universale di cui agli art. 34 – 36 del dlgs 29/2024;
- il beneficiario è percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente;
- il beneficiario è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- il beneficiario usufruisce di prestazioni Home Care Premium/INPS HCP;

sta usufruendo dei seguenti servizi COMPATIBILI con la misura b2:

- interventi di assistenza domiciliare (ADI, SAD)
- interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare
- ricovero ospedaliero e/o riabilitativo
- ricovero di sollievo per adulti per massimo 60gg programmabili nell'anno o 90gg in caso di minori;
- progetti "dopo di noi" (specificare quali spese)
- bonus per assistente familiare iscritto nel registro ex LR 15/2015
- frequenza strutturata e continuativa ai servizi semiresidenziali anche superiore alle 18 ore
- Attività realizzate alcune ore presso CDD, RSD o organizzate da enti del terzo settore

Sta usufruendo di servizi domiciliari nella misura (barrare la casella interessata):

- compartecipando / sostenendo interamente la spesa
- non compartecipando

Utilizzo di altri servizi:

- Servizi/interventi sociali (ex Contributi sociali)
- Ricovero di sollievo RSA/RSD
- ADI
- SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
- Protesi/ausili
- Misura Case management ex DGR 392/2013
- Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado
- CSE (≤ 18 ore settimanali)
- CDD (≤ 18 ore settimanali)
- CDI (≤ 18 ore settimanali)
- Riabilitazione ambulatoriale
- Riabilitazione domiciliare
- Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- Voucher anziani al caregiver familiare ex DGR 7487/2017
- Prestazioni Home Care Premium
- Sostegno "Dopo di Noi"
- Assistenza educativa (domiciliare e/o presso struttura)
- Bonus per assistente familiare (ex LR 15/2015)
- Pro.Vi. ministeriale attivato dall'Ambito territoriale (FNA)
- SFA
- Nessuno

La tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

BUONO SOCIALE MENSILE CAREGIVER FAMILIARE

punteggio triage: _____

BUONO SOCIALE MENSILE PER ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO

- 24 h giornaliere
- Part time > di 31 h settimanali
- Part time fino a 30 h settimanali

ASSEGNO AUTONOMIA PER PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE CON L'AUSILIO DI ASSISTENTE PERSONALE

INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI (in tal caso compilare anche modulo 2)

CHIEDE

che il pagamento avvenga con accredito su c/c Bancario o Postale (NON UTILIZZARE i libretti postali dove viene versata la pensione MA poste-pay):

• **Intestato o cointestato al beneficiario:**

nome e cognome _____
Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN allegare fotocopia

• **Su Conto corrente intestato ad un familiare o ad altro delegato (in questo caso deve essere compilato il modulo di delega alla riscossione in CSI):**

nome e cognome _____
Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN allegare fotocopia

DICHIARO DI

comunicare tempestivamente, entro 30 giorni dall'evento, all'ufficio servizi sociali del Comune di residenza, il verificarsi di una delle seguenti situazioni che comportano la decadenza o sospensione della misura:

- Trasferimento in Comune al di fuori di Regione Lombardia;
- Cambio di residenza;
- Ricovero di sollievo o definitivo in struttura (RSA, RSD, comunità alloggio, CSS,....);
- Decesso.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a

comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l'Azienda Speciale Servizi alla Persona dell'Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell'Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

FORMULA DI CONSENSO

• con la firma in calce, il sottoscritto presta il consenso informato al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/16 come previsto nella summenzionata informativa al trattamento che si richiama integralmente.

Luogo e data _____ Il dichiarante _____

Ai fini della presentazione della presente domanda allega:

1. Fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario (se diverso dal richiedente);
2. Eventuale permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta;
3. Certificazione ISEE 2025;
4. Verbale di indennità di accompagnamento L. 18/80 e successive modifiche ed integrazioni o eventuale certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
5. scheda triage
6. Copia dell'atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario;
7. Eventuale copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare ed ultime tre buste paga;
8. Copia IBAN stampato;
9. Eventuale delega alla riscossione.

Luogo e data _____ Il dichiarante _____