|  |
| --- |
| **Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **COMUNE DI**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**MODULO RICHIESTA MISURA B2 DISTRETTO CREMONESE FNA 2023 – ESERCIZIO 2024**

**in applicazione della DGR N°** **XII/2033 del 18/03/2024**

**della DGR N° XII/2033 del 18/03/2024**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: \*

|\_| DIRETTO INTERESSATO |\_| FAMILIARE |\_| AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO |\_| TUTORE |\_| CURATORE

**CHIEDE**

* PER SÉ
* PER CONTO DEL BENEFICIARIO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) il \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Di accedere ad una delle seguenti prestazioni previste dalla DGR n. XII/2033 del 18/03/2024, Misura B2, previa valutazione della Commissione Distrettuale:**

**assistenza indiretta:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Minori** | **Adulti** | **Anziani** |
|  | **BUONO SOCIALE CAREGIVER FAMILIARE** |  |  |  |
|  | **BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE** |  |  |  |
|  | **BUONO SOCIALE ASSEGNO PER L’AUTONOMIA** |  |  |  |

**assistenza diretta:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Minori** | **Adulti** | **Anziani** |
|  | **VOUCHER SOCIOASSISTENZIALI** |  |  |  |
|  | **VOUCHER SOCIOASSISTENZIALI DIMISSIONI PROTETTE** |  |  |  |
|  | **VOUCHER SOCIOEDUCATIVI** |  |  |  |
|  | **VOUCHER SOCIOEDUCATIVI CENTRI ESTIVI** |  |  |  |
|  | **VOUCHER RICOVERO TEMPORANEO** |  |  |  |

**La richiesta delle prestazioni Misura B2 previste dalla DGR n. XII/2033 del 18/03/2024:**

IN CONTINUITÀ NUOVO ACCESSO

**Composizione del nucleo familiare del richiedente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado parentela** | **Nominativo** | **Età** | **Professione** | **RESIDENZA**  **(se diversa)** |
| **RICHIEDENTE** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**TIPOLOGIA ASSISTITO (barrare una sola casella)**

* Demenza
* Disabilità in seguito ad un evento traumatico (es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)
* Disabilità non post traumatiche (es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)
* Malattie del moto-neurone
* Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)
* Disabilità sensoriale
* Altra malattia neurodegenerativa (es. malattia di Huntington, ecc.)
* Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
* Ritardo mentale
* Sindromi congenite su basi cromosomiche (es. sindrome di Down, ecc.)
* Distrofie muscolari e altre miopatie
* Sclerosi multipla
* Altro (ATTENZIONE da considerare come scelta residuale)

**COMPOSIZIONE DEL 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/ambedue 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 FAMIGLIARE**

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

**N. ORE AL GIORNO DI ASSISTENZA ATTIVA EROGATE DAL CAREGIVER FAMILIARE**: \_\_\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI ASSISTENZA ATTIVA EROGATA DAL CAREGIVER FAMILIARE**

**Igiene Personale (Compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza:**

* SI
* NO

**Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione):**

* SI
* NO

**Mobilità (trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti…):**

* SI
* NO

**Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratoria):**

* SI
* NO

**Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento – problema):**

* SI
* NO

**ASSISTENTE PERSONALE REGOLARMENTE ASSUNTO**

* 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

**L’Assistente Familiare è cittadino/a dell’Unione Europea?**

* Si
* no

**UTILIZZO ALTRI SERVIZI (selezionare massimo 3 voci)**

* Ricovero di sollievo RSA/RSD
* ADI
* SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
* Sostegno “Dopo di Noi”
* 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 Assistente Familiare (ex LR 15/2015)
* Pro.Vi ministeriale attivato nell’Ambito Territoriale (FNA)
* Nessuno

**Consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità**

**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 delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;**
* **di essere consapevole che la quantificazione e l’impiego delle risorse economiche derivanti dalla Misura B2 sarà definito dal Piano di Aiuto Personalizzato da concordare con i Servizi Sociali Comunali sociale, con il personale sanitario e/o Ente di Terzo Settore scelto nel Piano;**
* **di accettare la valutazione multidimensionale a seguito della quale verrà steso il progetto individuale.**

**DICHIARA INOLTRE CHE il beneficiario**

* **non è in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7769/2018)**
* **non è beneficiario Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019)**
* **non è beneficiario della MISURA B1**
* **non è accolto definitivamente presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)**
* **non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato**
* **non usufruisce al momento di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale**
* **Non è beneficiario di Home Care Premium /INPS HCP**
* **Frequenza unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali (CDD, CSE, Centro Diurno per anziani...)**
* **SI**
* **NO**
* **Che il beneficiario:**
* è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/1992.
* percepisce l’indennità di accompagnamento (legge n. 18 /1980).
* è in fase di accertamento.
* **Che il beneficiario ha beneficiato nell'annualità precedente del Buono mensile Assistente Familiare personale regolarmente assunto, erogato direttamente da Regione Lombardia:**
* **SI**
* **NO**
* **Che il beneficiario ha ricevuto contributo economico derivante da MISURA B2 annualità 2022 Esercizio 2023**
* **SI del valore di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **NO**

**Se SI:**

* Si, interventi per persona affetta da malattia del motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate;
* Valutazione di persone per accedere alla nuova misura già beneficiarie della misura B2 DGR FNA precedenti
* Rivalutazione per variazione delle condizioni di assistenza
* **Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore:**
* ISEE ORDINARIO di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ISEE SOCIOSANITARIO di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza qualsiasi variazione riguardante:**

* **trasferimento residenza in altro ambito distrettuale;**
* **l’eventuale ricovero in strutture residenziali (Casa di Riposo, Residenze per Disabili Adulti; Hospice, Comunità Sociali);**
* **interruzione del supporto domiciliare concordato con il Servizio Sociale Comunale;**
* **cessazione anticipata del contratto di lavoro con l’assistente familiare**
* **decesso**
* **eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla DGR n. XI/7751 del 28/12/2022 – Misura B2.**
* **di essere a conoscenza che Azienda Sociale Cremonese e/o il Comune di residenza, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese è, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell’art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell’art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000**

Si allega alla presente istanza copia dei seguenti documenti *(barrare con una X)*:

* documento d’identità del beneficiario dell’intervento;
* documento d’identità di chi presenta l’istanza, se persona diversa dal beneficiario dell’intervento;
* documento di identità e del decreto di nomina del Tribunale, se la domanda viene presentata dall’amministratore di sostegno, curatore o tutore;
* carta o permesso di soggiorno del beneficiario, se cittadino non comunitario;
* Verbale di invalidità/Certificato di condizione di gravità come accertata ex art. 3 c. 3 l. 104/92 e certificato di invalidità (100%) con accompagnamento (l’istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell’accertamento)
* Certificazione ISEE in corso di validità (Valore ISEE come da massimali di cui al Punto 4 dell’Avviso)
* scheda di valutazione ADL – IADL\*
* Eventuali allegati a supporto del progetto

(specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

solo per le domande Buono Sociale personale di assistenza regolarmente impiegato è necessario aggiungere in allegato:

* + copia del contratto di lavoro relativo all’assistente familiare;
  + copia del permesso di soggiorno dell’assistente familiare, se non cittadino comunitario;
  + copia dei versamenti contributivi degli ultimi sei mesi

solo per le domande VOUCHER SOCIOASSISTENZIALI e/o i VOUCHER SOCIOEDUCATIVI è necessario aggiungere in allegato:

* + preventivo della spesa per cui è richiesto il contributo

solo per le domande VOUCHER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE è necessario aggiungere in allegato:

* + preventivo della spesa per cui è richiesto il contributo, indicando l’ente gestore della struttura residenziale individuato e il costo giornaliero della retta assistenziale;

**\* La scheda di valutazione ADL – IADL viene compilata da parte dell’Assistente Sociale del Comune di residenza che provvederà a contattare la persona richiedente la Misura B2.**

In caso di accesso al beneficio, il contributo spettante (che verrà erogato in due trance: 50% all’approvazione della domanda e 50% alla conclusione della progettazione finanziata. È prevista l’erogazione del 100% in unica soluzione esclusivamente per i trasferimenti alle tesorerie comunali) sarà accreditato esclusivamente (indicare una sola opzione):

**Si evidenzia che, nel rispetto di quanto definito dalla normativa vigente, le istanze incomplete della documentazione richiesta non saranno ammissibili**

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’Interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

Il/la sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018.

In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l’Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

* i dati personali o sensibili presenti nell’istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all’attività dell’Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati;
* il trattamento e l’archiviazione dei dati avverrà mediante l’utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici;
* I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Il Comune e l'Azienda Sociale del Cremonese mettono in atto adeguate misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del Regolamento UE 679/16 è il Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il Responsabile esterno del Trattamento ai sensi art. 28 del Regolamento UE 679/16 è l'Azienda Sociale del Cremonese. Il Responsabile della Protezione dei dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 per l'Azienda Sociale del Cremonese è l'Avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

* Operatori degli Uffici dell’ASST afferenti all’ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale;
* Operatori degli Uffici dell’ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell’attività istituzionale dell’Ente;
* Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l’erogazione del Voucher Socio-Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
* Società, Enti/Aziende che, per conto dell’ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all’esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
* soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
* operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell’ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all’integrazione dei servizi socioassistenziali con i servizi socio-sanitari;
* suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

**Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’Interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**