

- per sé**
- per conto del beneficiario**

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. 5791 del 21/12/2021 (Misura B2) tra le seguenti:

(barrare l'intervento richiesto)

1) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza continuativa da parte di <i>personale di assistenza assunto con regolare contratto</i>	
2) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver familiare</i>	
In alternativa ai Buoni di cui sopra:	
3) Voucher adulti/anziani per favorire il benessere psicofisico e sostenere la vita di relazione	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHARA

Che il candidato possiede i requisiti previsti per l'accesso alla Misura B2 riportati nell'Avviso Pubblico;	
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 strumenti previsti;	
Che il buono/Voucher per cui è richiesta la valutazione non è finanziato da altre provvidenze economiche;	
Di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);	
Che NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019); ✓ accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità); ✓ Misura B1; ✓ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato; ✓ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale; ✓ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018; ✓ Home Care premium/INPS HCP con la prestazione prevalente 	

Che la competente commissione socio-sanitaria ha accertato i seguenti requisiti :	
Lo stato di invalidità al 100%;	
La disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;	
L'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988;	

Che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità viene autocertificato, come risultante dall'attestazione ISEE, ed è pari a:

Euro _____;
 (capo obbligatorio per l'ammissibilità dell'istanza - in alternativa è possibile allegare attestazione ISEE)

SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale Professionale la presa in carico utile ai fini dell'istruttoria;
- a consentire che le Assistenti Sociali del Comune di residenza verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino durante il corso dell'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, pena l'esclusione dalla graduatoria, si consegnano i seguenti **allegati obbligatori**:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- 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;
- Verbale di invalidità o di riconoscimento della gravità dell'handicap con diagnosi (NO verbali con omissis).

Ad integrazione della suddetta documentazione allega:

Per il Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare:

- **Autodichiarazione del caregiver familiare (allegato B all'Avviso pubblico) che attesti la convivenza anagrafica** con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta non superiore al 75% oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale max 25 ore settimanali, cassintegrato, pensionato, etc).

Per il Buono sociale mensile per le prestazioni da personale di assistenza con regolare contratto di lavoro:

- Copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare, ultima busta paga **regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente familiare.**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____,

dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679, ed esprime:

Il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa;

Il proprio diniego al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, consapevole che il diniego non consente lo svolgimento delle attività richieste;

Luogo e data, _____ Firma _____

Considerato che il/la Signore/a _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____,

In qualità di:

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione per persone con grave, ai sensi della DGR 5791/21, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data, _____ Firma _____