

ISTANZA
PER L'EROGAZIONE DI MISURE A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO
BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ GRAVE
PER ASSISTENZA DIRETTA
(DGR N. 2033 del 19.03.2024)

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a..... il.....
Prov..... C.F.
Residente in Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....
TEL.....EMAIL.....
TEL.....
Indicare sempre uno o più numeri di telefono specificando a chi corrisponde (familiare, persona di riferimento ecc..)
Domicilio (se diverso dalla residenza):
Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....

In qualità di:

- ☐ diretto interessato
- ☐ familiare (specificare grado parentela o affinità)
- ☐ amministratore di sostegno (allegare decreto di nomina)

del beneficiario indicato di seguito

Cognome e nome
Nato/a..... il
Prov.....C.F.....
TEL.....EMAIL.....
Residente in Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....
Domicilio (se diverso dalla residenza)
Via.....n°.....
Comune di.....Cap.....Prov.....

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE

Assistenza diretta

- ☐ di prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio (assistenza domiciliare);
- ☐ di ricovero temporaneo in struttura residenziale;
- ☐ di prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al “sollevio” del caregiver.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la 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 aver preso visione del " bando per l'erogazione di misure a favore degli anziani non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone in condizione di disabilità grave per assistenza diretta ed indiretta, approvato dall'assemblea dei Sindaci dell'ambito di Broni e Casteggio nella seduta del 07/05/2024;
- ✓ Di essere in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o beneficiario dell'indennità di accompagnamento; (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
- ✓ Di essere residente nel Comune di(PV) (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
- ✓ Di essere in possesso di conteggio ISEE pari ad € (in riferimento alla persona beneficiaria dell'intervento);
- ✓ Che la persona che si occupa del beneficiario, in caso di caregiver familiare, è il/la Sig./Sig.ra
.....;
- ✓ Di beneficiare dei seguenti servizi (barrare con X):
 - ☐ 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.
 - ☐ Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e s.m.i.;
 - ☐ 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;
 - ☐ prestazioni previste da Home Care Premium
 - ☐ altro (specificare)_____
- ✓ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale ricovero in struttura sanitaria o socio sanitaria, ovvero qualsiasi variazione dei requisiti dichiarati nella presente domanda che implicassero l'insorgere di incompatibilità o la modifica/revoca del beneficio, consapevole che l'omessa comunicazione potrebbe compromettere l'erogazione del buono sociale e la richiesta di restituzione di quanto indebitamente percepito, per i motivi elencato dal bando;
- ✓ Di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione o integrazione della stessa entro i termini indicati dal bando, come da sottostante sezione, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
- ✓ 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 e D.Lgs. n. 101/2018 e - per gli adempimenti connessi alla presente procedura - possano essere comunicati ai seguenti soggetti:
 - operatori dei Comuni/Uffici di Piano, 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'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
 - soggetti afferenti al "sistema di cura" della persona con disabilità - MMG/PDL/Caregiver familiare, Erogatore ADI, Centri specialistici di riferimento al

fine di acquisire tutte le informazioni utili al compimento della valutazione ed alla stesura del progetto individuale.

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE

- 1) Attestazione ISEE in corso di validità comprensiva della DSU (Dichiarazione sostitutiva unica) che è parte integrante dell'Isee;
 - ISEE Socio-sanitario (per adulti e anziani)
 - ISEE ordinario (per minori)
- 2) Verbale di invalidità civile oppure verbale della commissione medica attestante il possesso dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- 3) Copia documento di identità del richiedente;
- 4) Copia del documento di identità del beneficiario (la persona non autosufficiente);
- 5) Copia del documento di identità del caregiver familiare;
- 6) Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno (se presente);

NEL CASO DI DOCUMENTAZIONE GIA' AGLI ATTI DI QUESTO UFFICIO, NON SARA' NECESSARIO PRESENTARNE NUOVA COPIA.

Luogo e data

_____, li _____

FIRMA