

Al Comune di **LECCO**

ISTANZA DI VALUTAZIONE

AI SENSI DELLE DGR 1669 del 28.12.2023 e DGR 2033 del 18.03.24 (Misura B2 anno 2024)

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____
Nato/a a _____ il _____ Sesso M _____ F _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ Tel. _____
e-mail _____

Codice Fiscale _____

ISEE ordinario **ISEE sociosanitario (Persona Maggiorennne)** di Euro _____ , _____ in corso di validità (scadenza
31.12.2024) privo di omissioni e difformità

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di
DIRETTO INTERESSATO *(i dati del Beneficiario, più sotto, vanno compilati anche se coincidenti con il diretto interessato)*

Ovvero di
FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE _____
TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del **Sig. Nome e Cognome** _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M _____ F _____
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ Tel. _____
E-mail _____
Codice Fiscale _____

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale _____

CHIEDE

Di essere sottoposto/di sottoporre la persona disabile grave o non autosufficiente a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alle DGR 1669 del 28.12.2023 e DGR 2033 del 18.03.24 (Misura B2 anno 2024)

- 1) in prosecuzione con la misura B2 anno 2023 **(con le medesime condizioni soggettive)**
- 2) in prosecuzione con la misura B2 anno 2023 **(con modifica delle condizioni soggettive e conseguente aggiornamento della documentazione)**
- 3) come nuova istanza

E A TAL FINE DICHIARA CHE IL POTENZIALE BENEFICIARIO DELLA MISURA B2

è residente in uno dei Comuni degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate ed è attualmente al proprio domicilio;

è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980;

ha riconosciuta la condizione di gravità dell'Handicap ai sensi dell'Art. 3 Comma 3 L. 104/92;

è in possesso di ISEE sociosanitario in corso di validità (scadenza 31.12.2024) **privo di omissioni e difformità:**

- o inferiore/uguale a € 12.500,00 (per accesso a buono sociale caregiver familiare) se adulto con disabilità o anziano;
- o inferiore/uguale a €16.500,00 (per accesso a buono sociale caregiver assunto) se adulto con disabilità o anziano;
- o inferiore/uguale a € 30.000,00 (per l'accesso alla misura assegno per l'autonomia) se adulto con disabilità;
- o inferiore/uguale a € 25.000,00 (per l'accesso alla misura assistenza diretta-prestazioni sociali integrative) anziani e adulti con disabilità;

è in possesso di ISEE ordinario in corso di validità (scadenza 31.12.2024) **privo di omissioni e difformità:**

- o inferiore/uguale a 40.000 € (per accesso a buono sociale, assistenza diretta-prestazioni sociali integrative) se minore con disabilità;

non è beneficiario di voucher anziani e disabili (ex DGR n.74/2017 e DGR 2564/2019 (RDA);

non è accolto in modo definitivo presso unità di offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura residenzialità minori con gravissima disabilità)

non è beneficiario della misura B1 ai sensi della DGR 7751/2022;

non è ricoverato con sollievi a totale carico del Fondo Sanitario Regionale

non è beneficiario del contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato;

non è beneficiario della misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;

non è beneficiario della misura HOME CARE PREMIUM/INPS HCP

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di essere stato informato che le domande verranno accettate previa verifica dei requisiti e liquidate sino ad esaurimento dei fondi disponibili, secondo quanto stabilito nelle Linee Operative Territoriali;
- ✓ di essere stato informato che il possesso dei requisiti non implica l'automatico riconoscimento dei benefici;
- ✓ di essere stato informato che la valutazione dell'istanza sarà effettuata sulla base delle dichiarazioni rese e della documentazione allegata o già in possesso degli uffici responsabili dell'istruttoria;
- ✓ di impegnarsi a comunicare TEMPESTIVAMENTE al Comune di residenza e comunque entro 30 giorni dalla data di avvenimento qualunque fatto implichi la sospensione o l'interruzione dell'erogazione del buono sociale, secondo quanto stabilito nel testo delle DGR 1669/2023 e DGR 2033/2024 nelle Linee Operative territoriali;
- ✓ in caso di riconoscimento di Buono Sociale finalizzato a compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto, di impegnarsi a fornire tempestivamente al Servizio Sociale di Base del proprio Comune di residenza le buste paga e i cedolini INPS attestanti il pagamento dei contributi per il periodo di validità del beneficio;
- ✓ in caso di ammissione della presente istanza nella graduatoria dei beneficiari della Misura B2 ai sensi della DGR 1669/2023 e DGR 2033/2024, di ACCETTARE INDEROGABILMENTE il contributo previsto secondo la propria situazione soggettiva, così come declinato nelle Linee Operative Territoriali;
- ✓ di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potranno 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.

CONSIDERATO QUANTO SOPRA CHIEDE

Sulla base della Misura B2 ai sensi della DGR 1669/2023 e DGR 2033/2024 e delle Linee operative territoriali per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2023- Esercizio 2024 **la valutazione per l'accesso alla Misura B2**

Qui di seguito vengono elencati solo a titolo esplicativo (non compilabile) gli interventi erogabili / assegnabili:

Interventi di Assistenza Indiretta

- | | |
|----|---------------------------------------|
| A1 | B. Caregiver NON frequentante servizi |
| A2 | B. Caregiver frequentante servizi |
| B1 | B. Assistente famigliare FULL time |
| B2 | B. Assistente famigliare PART time |
| C | Assegno di autonomia |

Interventi Integrativi di Assistenza Diretta (voucher)

- | | |
|----|--|
| D | Monitoraggio (assegnabile d'Ufficio) |
| E1 | Prestazioni Socioassistenziali / Tutelari al domicilio |
| E2 | Sviluppo di progettualità finalizzate anche al "solievo" in contesti socializzanti e educativi |
| E3 | Ricovero temporaneo in struttura residenziale |
| F | Formazione e addestramento |

Si precisa che possono essere riconosciuti al massimo due interventi

es. Un intervento Indiretto + un intervento Diretto (voucher)

es. Due Interventi di Assistenza Diretta (voucher)

(ogni intervento è erogabile solo una volta, non ripetibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016, ai soggetti erogatori dei servizi, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 e del D. Lgs 101/2018 si informa che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al/i procedimento/i amministrativo/i per il/i quale/i vengono comunicati. Tutti i dati che verranno in possesso dell'Ambito e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle Linee Operative territoriali e nel rispetto dell'Art. 13 del Decreto 196/2003.

Data _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) SE ISTANZA IN PROSECUZIONE CON L'ANNO 2023

- ☐ Se aggiornato rispetto all'anno precedente, copia verbale di invalidità civile in corso di validità. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92;
- ☐ Se aggiornato rispetto all'anno precedente Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;
- ☐ Scheda di P.I. (All.3) compilata dall'Assistente sociale del SSB che ha eseguito la valutazione e definito gli obiettivi in collaborazione con l'AS dell'Ambito. Il P.I. è un modulo digitale e andrà compilato in formato PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) salvato, come da indicazioni sulla scheda, e trasmesso come singolo file allegato all'istanza;

2) SE NUOVA ISTANZA ANNO 2024

- ☐ Copia del documento d'Identità **dell'assistito**;
- ☐ Copia della tessera Sanitaria **dell'assistito**;
- ☐ Se la domanda viene presentata da Amministratore di Sostegno, Curatore o Tutore, copia del documento di identità e copia del Decreto di nomina del tribunale;
- ☐ Eventuale altra documentazione sanitaria;
- ☐ Copia verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e/o dell'art. 3 comma 3 L.104/92, in corso di validità ('istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento. L'esito dell'accertamento deve pervenire entro il 20.06.2024 termine perentorio). Non è considerato valido il verbale di accertamento dell'alunno disabile;
- ☐ Qualora il Buono venisse richiesto per compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto: contratto di assunzione dell'assistente familiare e ultima buste paga già in possesso della famiglia;
- ☐ Modulo Iban (All.2) andrà compilato in formato digitale PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) (non sarà quindi possibile raccogliere la firma autografa) e trasmesso come singolo allegato unitamente alla documentazione ivi indicata;
- ☐ Scheda di P.I. (All.3) compilata dall'Assistente sociale del SSB che ha eseguito la valutazione e definito gli obiettivi in collaborazione con l'AS dell'Ambito. Il P.I. è un modulo digitale e andrà compilato in formato PDF editabile utilizzando l'applicazione di lettura di PDF (es. Adobe Acrobat) salvato, come da indicazioni sulla scheda, e trasmesso come singolo file allegato all'istanza;

Il documento ISEE non dovrà essere allegato tuttavia la persona dovrà portarlo al momento della presentazione della domanda in modo che insieme con l'operatore si possa verificarne la veridicità della dichiarazione ed inserirne il valore all'interno dell'istanza. Tale valore sarà riportato nel PI unitamente al codice DSU.



**MODALITA' DI LIQUIDAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO
ai sensi delle Misura B2 DGR 1669 del 28.12.2023 e DGR 2033 del 18.03.24 (Misura B2 anno 2024)**

**(da compilare digitalmente con il sistema informatico
es. Adobe Acrobat – non è possibile la sottoscrizione autografa sul documento analogico)**

Ai sensi di quanto previsto nelle Linee Operative Territoriali per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo nazionale per le Non Autosufficienze - DGR 1669 del 28.12.2023 e DGR 2033 del 18.03.24 (Misura B2 anno 2024), **il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente su IBAN intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

Nel caso di minori il contributo potrà eventualmente essere accreditato su IBAN intestato ai genitori. Non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate.

PERTANTO

Il sottoscritto _____ C.F.: _____ IN QUALITA' DI
DIRETTO INTERESSATO (i dati del Beneficiario, più sotto, vanno compilati anche se coincidenti con il diretto interessato)

Oppure

GENITORE DI MINORE ☐ FAMILIARE ☐ TUTORE LEGALE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è stata presentata istanza di valutazione ai sensi delle DGR 1669 del 28.12.2023 e DGR 2033 del 18.03.24 (Misura B2 anno 2024)

Nome Cognome _____ C.F.: _____

CHIEDE

In caso di accettazione della domanda e di disponibilità di fondi, Il versamento del beneficio spettante su conto corrente bancario/postale

Intestato a _____

Presso (indicare la banca o l'ufficio postale) _____

Filiale/sede di _____

IBAN _____

Luogo _____ Data _____

IL DICHIARANTE

(NOME E COGNOME)

Allegati:

- Fotocopia documento bancario/postale riportante il codice IBAN;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale del dichiarante;
- Fotocopia documento di identità e codice fiscale della persona disabile grave o non autosufficiente in favore della quale è presentata istanza di valutazione.