

Modulo A

**DOMANDA DI VALUTAZIONE SOCIALE O MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA
Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di
non autosufficienza
Misura B2 – DGR n. XI/1253 del 12.02.2019**

AL COMUNE DI _____

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

del sig./sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

- 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. 7856 del 12/02/2018, misura B2 tra le seguenti:

1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare	
2	Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro	
3	Buono sociale mensile per sostenere Progetti di vita indipendente	
4	Voucher sociale (a consumo) per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità	

(barrare l'intervento richiesto)

A TAL FINE ALLEGA

- 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;
- Copia della certificazione di handicap grave (art. 3 comma 3 L.104/92) o del verbale d'invalidità civile con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- ISEE ordinario o sociosanitario in corso di validità: Valore € _____;
- Altro (specificare): _____

DICHIARA

- che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- di **NON** usufruire del Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 (Reddito di Autonomia);
- di **NON** usufruire del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n.15/2015;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:

- lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di **NON** beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium);
- di **NON** essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

COMUNICA

I dati in caso di riconoscimento del beneficio economico

DATI PER BONIFICO BANCARIO	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER BONIFICO POSTALE	
Nome e Cognome intestatario conto	
Indirizzo intestatario conto	
Codice IBAN (27 cifre)	IT

DATI PER PAGAMENTO CON ASSEGNO CIRCOLARE	
Nome e Cognome	
Indirizzo intestatario AC	

In caso di pagamento con Assegno Circolare i dati anagrafici devono essere identici a quelli del documento d'identità che deve essere allegata alla presente documentazione.

DICHIARA

di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad 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 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.

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA RELATIVA ALLA PRIVACY

I dati personali contenuti nel presente modulo verranno trattati in ottemperanza al Regolamento UE 679/16. La finalità del trattamento è la Domanda di valutazione sociale o multidimensionale integrata - Misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza Misura B2 – DGR n. XI/1253 del 12.02.2019.

La natura del conferimento dei dati previsti non è facoltativa bensì obbligatoria. Si precisa che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta l'impossibilità di dare seguito alla misura.

Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei, gestito con misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

Data e luogo _____

Firma _____