

Piano Sociale di Zona

Comuni di Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese,
Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro



AL COMUNE DI

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2021

Domanda per l'accesso alle Misure previste dalla DGR 4138/2020 (Misura B-2)

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME E NOME _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL_____

@MAIL _____

RAPPORTO CON IL BENEFICIARIO _____

CHIEDE

l'accesso alla misura prevista dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021:

A1 - Buono sociale mensile - assistenza assicurata dei care givers	
A2 - Buono sociale mensile - integrazione per assistenza assicurata da parte di assistenti familiari retribuite	
B - Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	
C - Interventi per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità	

in favore di

BENEFICIARIO (qualora diverso dal richiedente)

COGNOME E NOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL: _____

CODICE FISCALE |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

Diagnosi _____

Certificazione invalidità: _____ %

Attestazione dell'art. 3, comma 3 della L. 104 SI NO

Indennità di accompagnamento: SI NO

ISEE:

Presentazione DSU in data

Barrare con X la condizione:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO				
01 - Coniuge/convivente		06 - Ambedue i genitori		11 - Madre + fratello/i + sorella/e
02 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i		07 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e		12 - Fratello/i + sorella/i
03 - Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i		08 - Padre		13 - Figlio/a/i
04 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i		09 - Padre + fratello/i + sorella/e		14 - Solo
05 - Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori		10 - Madre		15 - Altro

TIPOLOGIA DI CARE GIVER				
01 - Coniuge/convivente		05 - Padre		08 - Cugino/a
03 - Figlio/a/i		06 - Madre		09 - Nuora/Genero
04 - Ambedue i genitori		07 - Fratello/i + sorella/i		10 - Cognato/a
11 - Zio/a		12 - Nessuno		13 - Altro * _____

* Per assistente familiare barrare 13 - Altro

Che il CARE GIVER è: _____

(cognome e nome)

CONDIZIONE DEL CARE GIVER				
01 - disoccupato		02 - casalinga		03 - pensionato
04 - casalinga		05 - cassaintegrato a 0 ore		06 - in mobilità
07 - lavoratore part time max 20 ore		08 - lavoratore a tempo piano		09 - Altro

- Che è presente un ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO per almeno 15 ore settimanali e assunto con regolare contratto per n. ore settimanali complessive

TIPOLOGIA DI ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO				
01 - Assistente Personale convivente 24 h		02 - Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)		03 - Assistente Personale tempo parziale (tra 3 e 6 ore die)
04 - Altro _____		05 - Nessuno		

Il beneficiario:

- Frequenta Unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie (CDD - CDI) o sociali (CSE - SFA) o altri interventi sperimentali continuativi (palestre per vita indipendente, attività sperimentali ai sensi della L. 112, Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017) **SI** **NO**
(prevede la riduzione del 50% del valore del buono)

- Motivi di esclusione per incompatibilità:**
- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beneficia della Misura Bonus regionale per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

- Utilizza altri servizi:

01 - Ricovero di sollievo RSA/RSD	02 - ADI	03 - SAD compreso di servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ...)	
04 - Sostegno "Dopo di noi"	05 - Misura Case Management ex DGR 392/2013 (autismo)	06 - servizi prima infanzia/scuola	
07 - CSE (fino 14 ore settimanali)	08 - CDD (fino 14 ore settimanali)	09 - CDI (fino 14 ore settimanali)	
10 - Riabilitazione Ambulatoriale	11 - Riabilitazione domiciliare	12 - Sperimentazione Riabilitazione Minori ambul.	
13 - Voucher anziani al care giver familiare DGR 7487/2017	14 - prestazioni Home Care Premium	15 - Altro: -	
16 - Nessuno			

Il beneficiario ha già ricevuto negli anni precedenti interventi le seguenti Misure del FNA:

- NO - Nessuna
 SI - interventi per persona affetta da malattia del motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate
 SI - buono sociale per progetti di vita indipendente
 SI - altri strumenti della misura

Nel caso di accoglimento della domanda, il beneficiario indica, ai fini dell'accreditto di eventuali benefici economici, l'IBAN del c/c (non sono ammessi conti postali) intestato a:

oppure

ALLEGATI:

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
 - ATTESTAZIONE ISEE (o DSU)
 - VERBALE INVALIDITA'
 - INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO o L.104
 - CONTRATTO ASSISTENTE PERSONALE

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alla Misura FNA - B2 sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati è l'A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE, in quanto Ente capofila dell'Ambito Di Garbagnate M.se.

Il Data Protection Officer ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Con la sottoscrizione in calce alla domanda l'interessato presta il consenso al trattamento dei dati personali anche particolari ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/16.

IL RICHIEDENTE

Data

A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE

L'assistente sociale referente _____ trasmette la presente domanda
all'Ufficio di Piano corredata di

- SCALE ADL e IADL COMPILE
 - P. I. A. PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA

in data _____

Firma _____