



COMUNE DI VIZZOLO PREDABISSI

Provincia di Milano

- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico e del regolamento distrettuale che descrivono i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- di **NON** essere accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- di **NON** essere beneficiario della Misura B1;
- di **NON** essere destinatario del contributo - PRO.VI - da risorse progetti di vita indipendente per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di **NON** trovarsi ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- di **NON** essere ricoverato in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta;
- di **NON** essere in carico alla Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- di **NON** essere beneficiario del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015. (Il Bonus per assistente familiare ex l.r. n. 15/2015 può essere erogato a persona valutata ammissibile alla Misura B2 ma non presa in carico con la stessa).
- 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;

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta è pari a euro

INDICA LA TIPOLOGIA DI ISEE SCELTO AI FINI DELL'ACCESSO

- ISEE ORDINARIO
- ISEE SOCIOSANITARIO

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium).
- NON** di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium).

Via G. VERDI N. 9-
Tel. 02 982021 - Fax 02 98231392
P. IVA 08414570153 / C.F. 84503700159
comune.vizzolopredabissi@pec.regione.lombardia.it



COMUNE DI VIZZOLO PREDABISSI

Provincia di Milano

SI IMPEGNA

- a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, si **ALLEGANO** i seguenti **documenti obbligatori**:

Per tutte le misure:

- **Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap;**
- **Certificazione ISEE in corso di validità.**
- **CARTA D'IDENTITA' del richiedente**

In specifico per il:

- Buono sociale mensile TIPOLOGIA A - per le prestazioni di assistenza assicurate da parte di **personale di assistenza regolarmente assunto;**
- Buono sociale mensile TIPOLOGIA B - integrazione buono **care giver familiare per prestazioni rese da personale regolarmente assunto;**
- Buono sociale mensile per sostenere **progetti di vita indipendente**

Allegare copia del contratto di assunzione assistente familiare e/o personale.

Per il buono sociale mensile **TIPOLOGIA A - per le prestazioni di assistenza assicurate da parte di care giver familiare** e per il buono sociale mensile **TIPOLOGIA B - integrazione buono care giver familiare per prestazioni rese da personale regolarmente assunto** va compilato l'**allegato E**.

COMUNICA INOLTRE

- CONTO CORRENTE: intestato o cointestato al beneficiario

IBAN _____

DICHIARA

inoltre 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

Via G. VERDI N. 9-

Tel. 02 982021 - Fax 02 98231392

P. IVA 08414570153 / C.F. 84503700159

comune.vizzolopredabissi@pec.regione.lombardia.it



COMUNE DI VIZZOLO PREDABISSI

Provincia di Milano

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 _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*"

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che **il Signor/ra** _____

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

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____