**DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI MENSILI PER ASSISTENTE FAMILIARE**

**AI SENSI DELLA D.G.R. N.** **5791/2021**

**“B2 - MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA”**

**Il richiedente:**

***(se diverso dal beneficiario è autorizzato con atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario)***

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***C H I E D E*** ***L’ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE***

***A FAVORE DI (compilare solo nel caso in cui il richiedente sia diverso dal beneficiario)***

*Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Sesso*  *maschio*  *femmina Età\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residenza Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n°445/2000, le dichiarazioni mendaci, le 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 essere a conoscenza che Ai sensi dell’art. 11 del D.Lgs. n. 159 del 5 dicembre 2013, l’ufficio competente potrà richiedere idonea documentazione atta a dimostrare la completezza e la veridicità dei dati dichiarati, anche al fine della correlazione di errori materiali.

Che qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, l’Azienda ASPA adotta ogni misura utile a sospendere e/o revocare e recuperare i benefici concessi.

Che il Comune di residenza effettua, tramite il servizio sociale, la verifica della conformità dell’utilizzo del Buono Sociale rispetto al progetto concordato (patto assistenziale con la famiglia).

***DICHIARA ALTRESI’ CHE***

* il beneficiario è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno - ai sensi del D.Lgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità;
* che la situazione economica del nucleo familiare del beneficiario è espressa da una attestazione ISEE socio-sanitario/ordinario pari o inferiore ad € 15.000;
* il beneficiario è in possesso di certificazione di invalidità ed è altresì in possesso di:
* certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
* in attesa di definizione dell’accertamento della condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
* indennità di accompagnamento di cui alla L. 18/1980 e successive integrazioni e modifiche con la L. 508/1988;
* il richiedente, se diverso dal beneficiario, è autorizzato con atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario oppure trattasi di Caregiver/Familiare;
* il beneficiario non è accolto definitivamente presso Unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* la persona non beneficia di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
* il beneficiario non è percettore della Misura B1;
* il beneficiario non usufruisce di Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
* il beneficiario non è percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente;
* il beneficiario non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
* il beneficiario non usufruisce di prestazioni Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente;
* il beneficiario è assistito nella cura da Assistente Familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro;
* il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(barrare la casella interessata)** | **SI** | **NO** |
| Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Usufruisce di prestazioni socio-sanitarie (ADI) |  |  |
| Usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale per almeno 5 ore settimanali |  |  |
| Usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale tra 2 e 3 ore settimanali |  |  |
| Usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare Comunale per 1 ora a settimana o meno di un’ora |  |  |

* di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):
* del 100%
* dal 99% al 50%
* dal 49% al 20%
* di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare (genitori – fratelli – figli - nipoti):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(barrare UNA sola casella interessata)** | **SI** | **NO** |
| Assenza di rete familiare (solo assoluto) |  |  |
| Presenza di familiari in altri territori extra ambito territoriale di Asola |  |  |
| Presenza di rete famigliare all’interno dell’ambito territoriale di Asola |  |  |
| Presenza di rete famigliare all’interno del Comune di residenza (non convivente) |  |  |

* Presenza di altro famigliare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 60% e il 99%
* Che la condizione socio-sanitaria del beneficiario è peggiorata rispetto all’anno 2021 (ai fini della rivalutazione ADL-IADL)
	+ SI
	+ NO

***CHIEDE***

che il buono venga versato con accredito su c/c Bancario o Postale (NON UTILIZZARE *i libretti postali dove viene versata la pensione MA poste-pay):*

* **Intestato o cointestato al beneficiario:**

nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN allegare fotocopia**

* **Su Conto corrente intestato ad un familiare o ad altro delegato (in questo caso deve essere compilato il modulo di delega alla riscossione in CSI):**

nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Filiale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice IBAN allegare fotocopia**

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  |

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che il soggetto interessato prenda visione di una serie di informazioni che lo possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegando quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

Il trattamento dei dati personali, particolari ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/16 e giudiziari ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16 sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/16.
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è l’Azienda Speciale Servizi alla Persona dell’Asolano ASPA.

I Titolari del trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR sono i Comuni dell’Ambito Territoriale di Asola, ciascuno dei quali in riferimento alle richieste ad essi presentate.

L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici del Titolare del trattamento e consultabile sul proprio sito web.

I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale del Titolare del trattamento.

FORMULA DI CONSENSO

• con la firma in calce, il sottoscritto presta il consenso informato al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/16 come previsto nella summenzionata informativa al trattamento che si richiama integralmente.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ai fini della presentazione della presente domanda allega:**

1. Fotocopia del documento di identità del richiedente e del beneficiario (se diverso dal richiedente);
2. Eventuale permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta;
3. Certificazione ISEE 2022;
4. Verbale di invalidità;
5. Eventuale certificato indicante la condizione di gravità ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/92;
6. Copia dell’atto di nomina alla Tutela/Amministrazione del beneficiario;
7. Copia del contratto di lavoro dell’Assistente familiare;
8. Copia delle ultime tre buste paga rilasciate all’assistente familiare;
9. Copia IBAN stampato;
10. Eventuale delega alla riscossione;
11. Eventuale certificazione di invalidità di altro familiare convivente.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Esito valutazione “triage”: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver provveduto alla:

1. valutazione e registrazione triage
2. compilazione modulo on-line
3. caricamento della documentazione compilata e scansionata nella sezione documenti

in Cartella Sociale Informatizzata.

Si allega prima stesura PAI.

# *Luogo e data*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L’Assistente Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_