

AL COMUNE DI .....

## FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2022

Domanda per l'accesso alle Misure previste dalla DGR 7751/2022 (Misura B2)

## FONDO CAREGIVER FAMILIARE 2022

Domanda di accesso alle misure previste dalla DGR 7605/2022 e 7799/2023

### 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 2022:

A - Buono sociale mensile - assistenza assicurata dei caregivers	
B - Buono sociale mensile per assistenza assicurata da parte di assistenti familiari retribuite	
C - Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	
D - 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 CAREGIVER			
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 CAREGIVER è: \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

CONDIZIONE DEL CAREGIVER			
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 pieno	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 SI  NO   
*(prevede la riduzione del 50% del valore del buono)*

*Motivi di esclusione per incompatibilità:*

- Misura B1 SI  NO
- Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 SI  NO
- PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato SI  NO
- Home care Premium INPS\* SI  NO

\* Se beneficia di Home care Premium INPS - Il beneficiario/il familiare, in fase di assegnazione del contributo si impegna a scegliere uno dei due benefici ed a comunicarlo tempestivamente a Comuni Insieme

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

**Per i soli richiedenti che presentano domanda di accesso al FNA - B2 - relativamente alle misure:**

- A - Buono sociale mensile per assistenza assicurata da parte di Caregiver familiari
- D - Interventi per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

**CHIEDE DI ACCEDERE AL PROGRAMMA REGIONALE CAREGIVER FAMILIARE**

(indicare una sola opzione: A o B)

**A. RIMBORSO SPESE INTERVENTI DI SOLLIEVO**

- intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di interventi complementari a quelli già attivi (extra piano di intervento);
- intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati).

**B. VOUCHER ADDESTRAMENTO**

Dichiaro inoltre che

Il Caregiver è convivente    SI                       NO



#### INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alla Misura FNA - B2 e Programma operativo Regionale Caregiver Familiare, 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'Azienda Comuni Insieme per lo Sviluppo Sociale corredata di

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

in data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_