

BANDO PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI E INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI A FAVORE DI PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO E BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONE CON DISABILITÀ E NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E MOLTO ELEVATO- FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2024 ESERCIZIO 2025.

Ai sensi della D.G.R. 3719/24 di Regione Lombardia

Presentazione delle domande presso l'Azienda Speciale consortile Medio Olona
dal giorno -18/03/2025 al giorno 16/05/2025

all'Azienda Speciale Consortile
Medio Olona Servizi alla Persona

IL RICHIEDENTE:

Il/la sig./ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente nel Comune di _____ Prov. _____
in via _____ n° _____
codice fiscale _____
Tel. _____ email _____

In qualità di beneficiario, tutore, curatore, amministratore di sostegno altro _____

(In caso di tutore, curatore ed amministratore di sostegno si chiede di allegare alla presente domanda mandato di incarico dal Tribunale).

Per conto del **BENEFICIARIO** sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
PROV _____	TEL _____
CODICE FISCALE _____	



Visto il “*Bando per l’assegnazione di buoni sociali e interventi sociali integrativi a favore di persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato- fondo per le non autosufficienze 2024 esercizio 2025 - ai sensi della D.G.R. 3719/24 di Regione Lombardia*” che si accetta integralmente con la sottoscrizione della presente istanza

CHIEDE

Di poter accedere agli interventi di sostegno e supporto alla persona con disabilità o anziana non autosufficienti e alla sua famiglia previsti dalla MISURA B2 per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita e nello specifico:

- A) BUONO SOCIALI CAREGIVER FAMILIARE** finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza indiretta assicurate dal caregiver familiare;
- B) BUONO PERSONALE di ASSISTENZA** finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza garantita da personale regolarmente assunto (anche in presenza di caregiver familiari);
- C) ASSEGNO DI AUTONOMIA** finalizzato a sostenere le prestazioni garantite da personale regolarmente impiegato (senza il supporto del caregiver familiare);
- D) INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (assistenza diretta):** interventi di assistenza domiciliare rivolti al sollievo del caregiver.

I contributi sopra descritti sono alternativi e **non sono cumulabili** ad eccezione degli interventi sociali integrativi che possono essere richiesti anche in abbinamento agli interventi A.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la 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 CHE

Condizione di non autosufficienza e grave disabilità (barrare una delle tre condizioni):

- Il/la beneficiario/a è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della legge 104/1992, come da certificazione allegata;
- Il/la beneficiario/a è in possesso dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988, come da certificazione allegata;
- Il/la beneficiario/a è in attesa di verbale relativo all’indennità di accompagnamento e/o relativo alla condizione di gravità e che si impegnerà a produrlo entro e non oltre la data di approvazione delle graduatorie.

Assistenza ricevuta (barrare una delle tre):

- in caso di richiesta di accesso al buono caregiver familiare (lettera A)**
Il/la beneficiario/a è assistito al domicilio dal solo dal caregiver familiare direttamente coinvolto in modo continuativo e responsabile nel lavoro di cura in conformità con l’art. 1 della l.r. 23/2022
Grado di parentela con il possibile beneficiario del buono _____
Nominativo caregiver _____ Ore assistenza giornaliera _____

- Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare:
 - Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o gestione continenza;
 - Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione);
 - Mobilità (Trasferimenti, passaggi posturali, deambulazione, spostamenti...);
 - Gestione terapia (compresa farmacologia, di supporto nutrizionale, respiratorio);
 - Supporto sociale e alla comunicazione.

- Convivenza:
 - Si
 - No

- in caso di richiesta di accesso al buono personale di assistenza (lettera B)**
Il/la beneficiario/a è assistito al domicilio da personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza di Caregiver familiare;
Indicare ore di assistenza settimanali garantite dal personale assunto _____

- in caso di richiesta di accesso all'assegno di autonomia (lettera C)**
Il/la beneficiario/a è assistito al domicilio solo da personale di assistenza regolarmente impiegato in assenza del Caregiver familiare;
Indicare ore di assistenza settimanali garantite dal personale assunto _____

Prestazioni ricevute (barrare solo se pertinente)

- Il/la beneficiario/a **ha beneficiato** per l'anno 2024 - D.G.R. 2033/2024 del contributo B2.

Condizione economica (si ricorda che è necessario presentare l'ISEE ordinario per minori e l'ISEE sociosanitario per anziani e disabili adulti)

- Che valore ISEE in corso di validità è pari ad € _____
rilasciato in data _____ n. protocollo INPS _____

DICHIARA INOLTRE

- Che il/la beneficiario/a **NON si trova in una delle condizioni di incompatibilità** sotto riportate:
 - accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - Misura B1;
 - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
 - contributo da risorse progetti di vita indipendente- PRO.VI- per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
 - prestazione universale di cui agli artt.34-36 del D.lgs 29/2024;
 - Home Care Premium/INPS HCP.
- Di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 71 e s.m.i., potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni;

- Di essere a conoscenza che l'accesso alla fase di valutazione delle domande da parte dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona e la successiva assegnazione dei punteggi finalizzata a stendere le graduatorie, avverrà a seguito di “*valutazione del profilo della persona*” da parte dall'assistente sociale dell'Ambito, nel caso di valutazione multidimensionale, congiuntamente con personale dell'ASST.;
- Che i buoni sociali mensili erogati a favore del richiedente/beneficiario saranno utilizzati per sostenere gli interventi concordati con l'Assistente Sociale d'Ambito nel PAI (Progetto Individuale di Assistenza);
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinino la perdita del diritto alla concessione dei buoni sociali;
- Che il conto corrente, intestato al beneficiario, sul quale intende ricevere l'importo del buono sociale assegnato è quello indicato nella copia fotostatica allegata.

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____

Si allega (selezionare allegati al documento):

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente E del beneficiario (se diverso dal richiedente);
- Copia documentazione bancaria in cui è presente codice IBAN
- Copia della documentazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 o della documentazione attestante il possesso dell'indennità di accompagnamento;
- Nel caso in cui si richieda l'accesso al buono sociale “*finalizzati a compensare le prestazioni di assistenza garantita da personale regolarmente assunto*”, allegare copia del contratto stipulato in cui sia esplicitato il monte ore settimanale lavorativo oppure la ricevuta INPS della “Denuncia rapporto di lavoro domestico”.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 Regolamento Europeo 679/2016 i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra, come da informativa art. 8 del bando per l'assegnazione di buoni sociali mensili a favore di persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza assistiti al domicilio da un caregiver familiare o da un assistente familiare regolarmente assunto” (ai sensi delle DGR 2033/24 di Regione Lombardia – MISURA B2)

Luogo, data _____ Firma del richiedente _____