

Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Avviso Pubblico per l'assegnazione delle misure finanziate con il Fondo per la NON Autosufficienza (F.N.A.) - misura B2) a favore delle persone residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Ostiglia, con disabilità grave o comunque in condizione di NON autosufficienza, in applicazione della D.G.R. nr. XI/4138/2020 e s.m.i. - ANNO 2021.

Il Comune di Ostiglia – capofila di Piano di Zona comunica che il presente Avviso disciplina l'erogazione delle misure a favore delle persone affette da patologie che determinano situazioni di non autosufficienza e per il mantenimento della persona fragile al domicilio.

PREMESSE

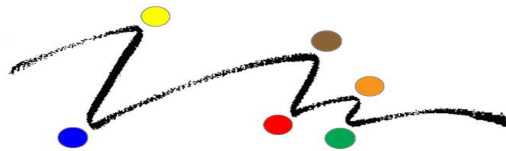
La Regione Lombardia con la D.G.R. nr. XI/4138 del 21 dicembre 2020 ha approvato il “Programma Operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di NON autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo F.N.A. triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021, indicando il riparto delle risorse, i destinatari, gli strumenti e le modalità di intervento.

La D.G.R. assegna risorse agli ambiti territoriali affinché realizzino interventi a forte integrazione socio-sanitaria ai fini del riconoscimento della “Misura B2 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza”. In particolare la misura si concretizza in interventi di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. Questa linea di azione è attuata dagli Ambiti territoriali, previa valutazione e predisposizione del progetto individuale. Per bisogni sociosanitari la valutazione è effettuata dal Ambiti in raccordo con l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (A.S.S.T.) competente.

BENEFICIARI E CRITERI DI ACCESSO:

Sono destinatari della presente misura le persone in possesso di tutti i seguenti requisiti:

- **essere residente** in uno dei Comuni dell’Ambito territoriale di Ostiglia e vivere al proprio domicilio;
- **di qualsiasi età**, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;
- **in condizione di gravità** così come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/1992 **ovvero** beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988. La domanda può essere presentata anche in attesa di definizione dell’accertamento purché sia già avviato il procedimento;



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

- **con i seguenti valori ISEE** di riferimento: **ISEE sociosanitario** fino ad un massimo di € 25.000,00 e **ISEE ordinario in caso di minori** fino ad un massimo di € 40.000,00;
- **assistiti al proprio domicilio** con prestazione assicurata da caregiver familiare oppure con prestazioni assicurate da persone diverse dai caregiver familiari, impiegate con un regolare contratto di lavoro (assistente familiare);
- **nel caso di progettualità - assegno per l'autonomia** (ex progetti di vita indipendente - Pro.Vi): avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni (*di età superiore se già in carico a questa misura nell'annualità precedente*) ed un valore ISEE sociosanitario inferiore o uguale ad € 25.000,00;

ACCESSO ALLA MISURA – INCOMPATIBILITA' E COMPATIBILITA'

Possono presentare istanza tutte le persone che si trovino nelle condizioni sopra indicate, sia che abbiano già beneficiato del F.N.A. negli anni precedenti, sia di nuovo accesso.

Non viene garantita la continuità per le persone già in carico alla Misura B2) con l'annualità F.N.A. precedente.

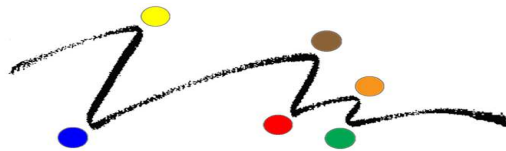
L'erogazione della Misura B2 è INCOMPATIBILE con:

- accoglienza definitiva presso Unità di offerta residenziali socio sanitarie 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 D.G.R. nr. 7769/2018;
- bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. nr. 15/2015.

Il Bonus per assistente familiare ex l.r. nr. 15/2015 può essere erogato a persona valutata ammissibile alla Misura B2 ma non presa in carico con la stessa.

L'erogazione della Misura B2) è COMPATIBILE con:

- Voucher anziani e disabili ex D.G.R. nr. 7487/2017 e s.m.i.;
- Interventi di assistenza domiciliare: Assistenza domiciliare integrata (ADI), servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- Interventi di riabilitazione in regime ambulatoriale o domiciliare;
- Ricovero ospedaliero e/o riabilitativo;
- Ricovero di sollievo per adulti per massimo 60 giorni programmabili nell'anno, per minori per massimo 90 giorni;
- Sostegni "DOPO di NOI";



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

- Prestazioni previste da “Home Care Premium/INPS HCP” *
- Frequenza di servizi residenziali o semiresidenziali (es. CDD, CSE, SFA. ...).

*La somma degli importi riconosciuti con le diverse misure per il personale di assistenza regolarmente impiegato, non può comunque eccedere l'importo totale dei costi sostenuti per la relativa remunerazione.

STRUMENTI PREVISTI:

All'atto della domanda deve essere indicato l'intervento per cui si chiede il contributo tra quelli indicati nella D.G.R. nr. XI/4138 del 21/12/2020 e s.m.i.

1. BUONO SOCIALE MENSILE:

- a) finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate al domicilio dal *caregiver* familiare alla persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza.
- b) in caso di personale di assistenza regolarmente impiegato con regolare contratto, il buono sociale può essere integrato con un ulteriore buono mensile sociale.
-) Il buono è finalizzato a compensare il costo delle prestazioni erogate da parte di personale d'assistenza assunto con regolare contratto;

oppure in assenza del caregiver familiare:

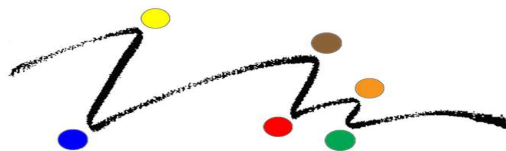
- c) Buono sociale mensile finalizzato a sostenere a titolo di rimborso le spese del personale di assistenza regolarmente impiegato.

2. ASSEGNO PER L'AUTONOMIA (ex Progetti di Vita Indipendente - Pro.Vi).

L'intervento è finalizzato a compensare il costo di prestazioni necessarie alla realizzazione di un progetto di vita indipendente (senza il supporto del caregiver familiare e in assenza di familiari conviventi) di persone con disabilità grave, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, (*potranno essere anche di età superiore ai 65 anni solo se vi è continuità con annualità precedenti*), ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e regolarmente impiegato con contratto a tempo pieno.

3. VOUCHER SOCIALI

- a) sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti elaborati dal case Manager in accordo con la famiglia, di natura educativa/socializzante che favoriscano il



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

loro benessere psicofisico (es. Pet Therapy, attività motoria in acqua, frequenza a centri estivi, ecc.). Non sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto, inoltre non possono essere utilizzati per la copertura di costi sanitari e sociosanitari.

VALUTAZIONE - BUONO SOCIALE PER CAREGIVER/ASSISTENTE FAMILIARE:

Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche sociosanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi sarà effettuata una valutazione di carattere multidimensionale ovvero effettuata in maniera integrata con l'apporto professionale di ASST, per la componente sociosanitaria che affiancherà quella dell'assistente sociale.

Le istanze presentate saranno esaminate, ai fini dell'ammissibilità, da apposita commissione valutatrice.

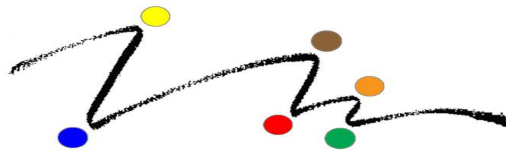
Per ciascun richiedente verrà effettuata una valutazione socio – sanitaria, multidisciplinare come previsto dalle disposizioni regionali, della situazione personale, assistenziale, familiare ed economica del nucleo e verrà attribuito un punteggio.

L'assegnazione del punteggio effettuata dalla suddetta Commissione valuterà le singole domande **in base ai criteri stabiliti dal Regolamento Distrettuale per l'accesso alle risorse relative al fondo NON autosufficienze approvato con deliberazione consiliare n. 26 del 25/06/2015.**

Qualora le risorse finanziarie a disposizione siano inferiori al fabbisogno derivante dal numero degli aventi diritto al buono sociale così come risultante dalla graduatoria, saranno erogati i buoni previsti fino alla concorrenza delle risorse disponibili e i beneficiari non finanziati resteranno in lista di attesa.

CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO PER IL BUONO SOCIALE CAREGIVER-ASSISTENTI FAMILIARI

Indicatori	Criteri di attribuzione del punteggio	Punteggio
Età Beneficiario	Superiore 75 anni	5
	Dai 19 a 74 anni	2
	Inferiore anni 18	5
Patologie correlate ad età	Inferiore a 75 per: Alzheimer, Demenze in genere tetra paresi, malati oncologici	10
Grado di invalidità	Senza accompagnamento	5
Rete Familiare	Care-giver convivente	5
	Care-giver non convivente	3
	<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità, con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il</i>	5



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

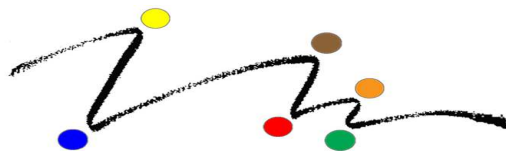
	<i>medesimo bando</i>	
	<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità, con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando</i>	5
Attestazione I.S.E.E.	<i>Buono care giver familiare (compresa eventuale integrazione assistenti familiari)</i>	
	<i>Da €0,00 a €9.000,00</i>	8
	<i>Da €9.000,01 a €15.000,00</i>	5
	<i>Da €15.000,01 a €20.000,00</i>	3
	<i>Da €20.000,01 a €25.000,00</i>	1
Utilizzo servizio domiciliare comunale	<i>Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana</i>	- 5
	<i>Accesso almeno bisettimanale</i>	- 3
	<i>Accesso settimanale</i>	- 1
Utilizzo di voucher mediante benefici di categoria	Interventi ex INPDAP o benefici di altre categorie previdenziali	- 3
Utilizzo di servizi diurni (CDD, CSE, SFA, CDI)	Frequenza del beneficiario di servizi diurni (CDD – CSE- CDI – SFA) con retta totalmente a carico dei Comuni	- 3
Partecipazione alla spesa dei servizi di assistenza domiciliare pubblici	Compartecipazione al 100%	5
	Compartecipazione dal 50 al 99%	3
	Compartecipazione dal 20 a 49%	1

A seguito del riscontro dei requisiti di cui sopra, il potenziale beneficiario dovrà comunque ed imprescindibilmente ottenere un punteggio pari o superiore a **cinque** in seguito all'applicazione della scala *triage*; un punteggio non superiore a **49** in seguito all'applicazione della scala Barthel; un punteggio non inferiore a **uno** in seguito all'applicazione delle scale ADL e IADL.

DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO DEL BUONO

L'importo del **Buono Sociale** verrà definito in base al punteggio ottenuto da ciascun cittadino richiedente, secondo la seguente tabella:

1-BUONO SOCIALE CARE-GIVER FAMILIARE:



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
Fino a 17	€ 100,00	€ 600,00
da 18 a 23	€ 150,00	€ 900,00
≥ a 24	€ 200,00	€ 1.200,00

In caso di presenza sia del care-giver familiare che dell'Assistente familiare gli importi saranno quelli previsti al punto nr. 2.

2-BUONO SOCIALE ASSISTENTE FAMILIARE (badante):

Punteggio	Entità del buono mensile	Entità massima del buono
fino a 17	€ 250,00	€ 1.500,00
da 18 a 23	€ 270,00	€ 1.620,00
≥ a 24	€ 300,00	€ 1.800,00

Il buono sociale per care-giver familiare – assistente familiare verrà erogato al Comune di residenza del beneficiario, da parte dell'Azienda Sociale Destra Secchia con sede legale in Ostiglia – via O. G. Viani, 16, e sede operativa in San Giacomo delle Segnate (MN) – via Roncada, 53.

In caso di ammissione al beneficio l'Azienda Sociale Destra Secchia contatterà l'interessato per la costruzione congiunta del progetto individualizzato di assistenza con la definizione degli interventi; gli aventi diritto al beneficio sono tenuti alla sottoscrizione del progetto, pena la decadenza del beneficio.

PER LE DOMANDE AFFERENTI L'ASSEGNO ALL'AUTONOMIA di cui al punto n. 2).

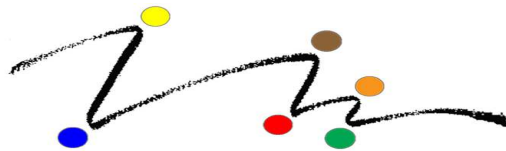
L'assegno all'autonomia (ex Pro.Vi) è riservato a soggetti con disabilità grave o gravissima, la cui disabilità non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente senza supporto del caregiver familiare, in assenza di familiari conviventi, ma con l'ausilio di un assistente personale regolarmente impiegato.

L'assegno verrà riconosciuto fino ad un massimo di € 800,00 in misura annuale che sarà erogato solo in presenza di una progettualità di vita indipendente condivisa tra Ambito e ASST.

Il buono sarà riconosciuto alle persone in possesso di un ISEE sociosanitario < a € 25.000,00. Sarà preparata dalla Commissione una graduatoria separata.

In caso di assenza di domande per tale intervento, le risorse stanziate (€ 1.600,00) saranno aggiunte alle risorse assegnate per il buono sociale per caregiver-assistente familiare, come stabilito nell'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona del 15/04/2021.

DOMANDE VOLTE ALL'OTTENIMENTO DEL BENEFICIO DI CUI AL PUNTO N. 3) VOUCHER SOCIALI.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

I voucher sociali sono finalizzati a sostenere la vita di relazione di minori con disabilità. I medesimi verranno erogati a sostegno degli interventi programmati nel piano individualizzato, con assegnazione proporzionale delle risorse in relazione alla spesa sostenuta per la realizzazione dei progetti. Verrà stilata una graduatoria separata da parte della Commissione.

DECORRENZA E DURATA DELL'EROGAZIONE DELLA MISURA B2). EVENTUALE SOSPENSIONE/INTERRUZIONE DEL CONTRIBUTO.

Il beneficio decorre dalla data della approvazione delle graduatorie distinte per tipologia di intervento, in ottemperanza alle D.G.R. nr. XI/4138/2020 e n. XI/4008/2021, approvato dall'Assemblea dei Sindaci del Piano di Zona in data 15/04/2021. La durata massima degli interventi è fissata **al 31/03/2022**.

L'erogazione del beneficio da parte dell'Azienda Sociale Destra Secchia avverrà in 2 versamenti così distinti:

- 1) Acconto nel mese di dicembre 2021,
- 2) Saldo del contributo a conclusione del progetto: 31 marzo 2022.

L'Azienda erogherà il contributo ai Comuni. Sarà poi cura di ogni Comune trasferire il contributo ai propri cittadini beneficiari dello stesso.

DECADENZA E REVOCA

L'erogazione della Misura decade in caso di decesso, ricovero definitivo in strutture residenziali o trasferimento di residenza in un Comune extra Ambito.

I soggetti beneficiari della Misura (o loro familiari) hanno l'obbligo di comunicare ogni variazione che comporti il venire meno delle condizioni che ne hanno dato diritto.

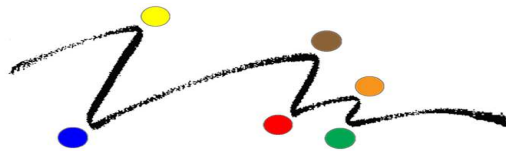
La comunicazione dovrà pervenire al servizio sociale del Comune di residenza che provvederà ad informare tempestivamente l'Azienda Sociale Destra Secchia.

Qualora vengano meno le condizioni che hanno dato diritto all'assegnazione, il beneficio decade:

- dal 15 del mese in oggetto, in caso le condizioni si verifichino nei primi 15 giorni del mese;
- dalla fine del mese in caso le condizioni si verifichino nella seconda metà del mese.

RISORSE A DISPOSIZIONE

Le risorse economiche a disposizione dell'Ambito ammontano a complessivi € **124.609,22** determinati dalle risorse stanziare da Regione in base alle D.G.R nr. XI/4138/2020 e D.G.R. nr. XI/4033/2020 (risorse residue anno 2020) ripartite come segue:



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

- € 92.451,00 - buono sociale per care – giver familiare - assistente familiare comprensivi delle risorse residue D.G.R. nr. 4033/2020,
- € 20.558,22 - buono sociale per assistente familiare,
- € 1.600,00 - Assegno all'Autonomia (ex progetti di vita indipendente),
- € 10.000,00 - Voucher Sociali per sostenere vita di relazione di Minori con disabilità.

Si dà atto altresì che Regione Lombardia con D.G.R nr. XI/4562/2021 del 19/04/2021 ha stanziato ulteriori risorse FNA 2020 / esercizio 2021 per emergenza Covid-19, che per questo Ambito ammontano ad € **15.428,00**.

La somma stanziata da Regione sarà riconosciuta mediante erogazione di contributo sino ad esaurimento delle risorse e prevede un incremento di € **25,00** del buono sociale mensile diretto a compensare il lavoro di cura garantito dal care-giver familiare o professionale per l'assistenza a domicilio della persona con gravissima disabilità e grave disabilità.

Il contributo verrà erogato a ciascun cittadino risultante beneficiario in graduatoria per il buono sociale per care-giver-familiare e/o professionale sino ad esaurimento delle risorse.

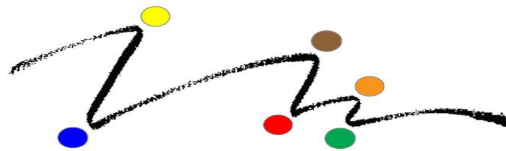
PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di accesso al Buono Sociale/Voucher potrà essere presentata **dal 30/06/2021 al 10/09/2021** al Comune di residenza, anche tramite e-mail, utilizzando apposito modulo in distribuzione presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune dell'Ambito Territoriale ovvero scaricabile dal sito on line del Comune di residenza.

Le domande protocollate e verificate positivamente dal Comune verranno trasmesse ad ASST di Mantova, per la predisposizione della valutazione multidimensionale ed in copia all'Azienda Sociale Destra Secchia con sede operativa in San Giacomo delle Segnate – (MN) via Roncada, n. 53.

La domanda di richiesta di assegnazione del buono sociale/assegno/voucher dovrà essere compilata, sottoscritta dal richiedente ovvero da un familiare di riferimento, ovvero da Amministratore di sostegno e corredata dai seguenti documenti in copia:

- ➔ **certificazione ISEE** in corso di validità, in assenza, ISEE riferito all'anno precedente. In caso di impossibilità dovuta all'emergenza sanitaria, potranno essere inoltrate domande anche se incomplete della suddetta certificazione, sarà tuttavia necessario integrare la pratica facendo pervenire l'attestazione ISEE 2021 al Servizio sociale professionale del proprio Comune di residenza entro e non oltre la data di scadenza del bando ovvero entro il 10/09/2021. In caso il termine non venga rispettato, l'istanza sarà considerata inammissibile;
- ➔ **permesso di soggiorno** in corso di validità (per i cittadini extracomunitari);
- ➔ **documento d'identità** e tessera sanitaria in corso di validità del **beneficiario dell'intervento;**
- ➔ **documento di identità** di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento;



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

- **documento di identità** e decreto di nomina del Tribunale, se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore, tutore;
- **verbale di invalidità/certificato di condizione di gravità** come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 (l'istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell'accertamento);
- **contratto di lavoro del personale** regolarmente assunto e attestazione degli avvenuti versamenti relativi ai contributi previdenziali (solo per domande buono mensile per assistente familiare e assegno per l'autonomia – ex Vita Indipendente).

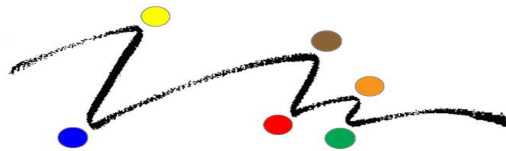
Il Responsabile del Settore Servizi alla Persona
del Comune di Ostiglia – Capofila P. di Z.

(dott. Stefano Testoni)

(firmato digitalmente ai sensi del T.U. n. 445/2000 e
D. Lgs. n. 82/2005 e s.m.i. e rispettive norme collegate)

Ostiglia, 30 giugno 2021





Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

ISTANZA PRESENTAZIONE DOMANDA MISURA B2 – ANNO 2021

MISURE FINANZIATE CON IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (F.N.A.) A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA PREVISTI DALLA MISURA B2) DGR N. XI/4138 DEL 21/12/2020 E S.M.I.

Prot. N.

AL COMUNE di

Il richiedente:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a _____ data di nascita

Codice fiscale:

Residenza: _____ Via _____

Comune _____

Tel. _____ Cell: _____

in qualità di _____

(compilare solo nel caso in cui il richiedente è diverso dal beneficiario)

Cognome: _____ Sesso maschio femmina

Nome: _____

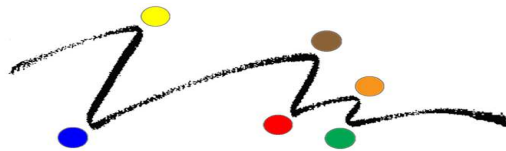
Luogo e data di nascita _____ ETA' _____

Codice fiscale:

Residenza: Via _____ Comune _____

CHIEDE

di ACCEDERE AD UNA MISURA DI CUI ALLA DGR N. XI/4138/2020 E PIÙ



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

PRECISAMENTE:

- BUONO sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal care-giver familiare;
- BUONO sociale mensile, finalizzato a compensare le prestazioni di assistente familiare impiegato con regolare contratto;
- BUONO SOCIALE per l'assegno all'autonomia (ex Progetti di Vita indipendente),
- VOUCHER sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico. Non sono finanziabili con tale tipologia di voucher i costi relativi ad attività connesse alla frequenza scolastica ivi compreso pre e post scuola o attività di trasporto.

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di aver preso visione e di accettare i termini dell'AVVISO PUBBLICO che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o buoni

CHE

il beneficiario è residente nel Comune di _____;

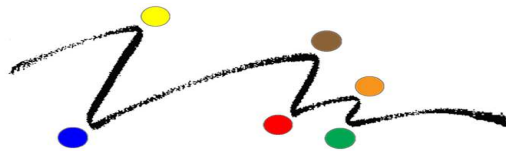
per i cittadini extracomunitari, il beneficiario possiede permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo (carta di soggiorno – ai sensi del DLgs n. 3/2007) o permesso di soggiorno in corso di validità (COPIA ALLEGATA se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell'anno 2020 e tuttora in regime di validità);

è assistito al domicilio, con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale;

il beneficiario è in possesso di **invalidità civile certificata al 100%** (COPIA ALLEGATA se non già depositata agli atti del Comune per lo stesso titolo, nell'anno 2020 e tuttora in regime di validità);

l'indennità di accompagnamento è in fase di accertamento;

è in possesso di un ISEE sociosanitario valido per l'anno 2021 di Euro _____.



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Se ancora NON in possesso di ISEE 2021 è necessario integrare la pratica entro e Non oltre il giorno 10 settembre 2021 – data di scadenza del bando.

Dopo tale termine la domanda sarà considerata INAMMISSIBILE.

- è in possesso di un ISEE ordinario valido per l'anno 2021 (nel caso di domanda a favore di un minore) di Euro _____
- il beneficiario è assistito nella cura da: care-giver familiare
- assistente familiare regolarmente assunto con contratto di lavoro
- il beneficiario non è inserito presso strutture residenziali a tempo indeterminato;
- il beneficiario, rispetto ai seguenti servizi territoriali,

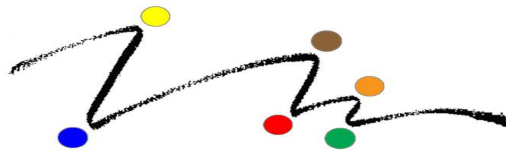
(barrare la casella interessata)	SI	NO
Frequenta un servizio Diurno (CDD, CSE, SFA, CDI) specificare _____		
Usufruisce di benefici tramite il F.N.A. o specifiche categorie previdenziali		
Usufruisce del Servizio di Assistenza domiciliare Comunale, con la seguente formula:		
Accesso giornaliero per almeno 6 giorni la settimana		
Accesso almeno bisettimanale		
Accesso settimanale		

- di compartecipare alla spesa per tali servizi nella misura (barrare la casella interessata):

del 100%
dal 50% al 99%
dal 20% al 49,90%
inferiore al 20%

- di trovarsi, come beneficiario, nella seguente condizione riferita alla rete familiare:

RETE FAMILIARE (barrare la casella interessata)	SI	NO
Care-giver convivente		
Care-giver non convivente		
<i>Presenza di un altro familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99%</i>		



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

<i>o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando (ALLEGA COPIA)</i>		
<i>Presenza di un secondo familiare convivente affetto da disabilità con invalidità accertata tra il 67% e 99% o 100% qualora non presenti domanda per il medesimo bando (ALLEGA COPIA)</i>		

DICHIARA, altresì, di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato;

CHIEDE

che il buono – voucher venga versato con accredito su c/c Bancario – Postale: (NB il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario).

Conto corrente intestato a _____

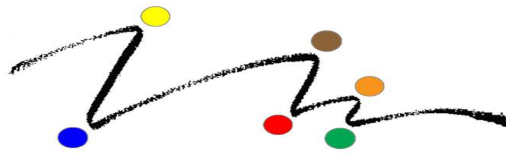
Banca _____ Filiale di _____

Codice IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Inoltre, il sottoscritto, fornisce i seguenti dati:

Composizione nucleo	Altro Ambedue i genitori Ambedue i genitori + fratello/sorella Coniuge/ convivente Coniuge/ convivente + 1 genitore/ambedue in genitori Coniuge/ convivente + figlio/figli maggiorenne/i Coniuge/ convivente + figlio /figli minore/i	Coniuge/ convivente figli minori + figlio maggiorenne Figlio /figlia Fratello / sorella Madre Madre + fratello/sorella Padre Padre + fratello/sorella Solo
----------------------------	---	---



Piano di Zona Distretto di Ostiglia
UFFICIO DI PIANO

Care-giver	Altro Ambedue i genitori Cognato/cognata Coniuge convivente Cugino/a Figlio/figli	Fratello/sorella Madre Nessuno Nuora/genero Padre Zio/zia
Assistente a persona	Altro Assistente personale 24 ore Assistente personale qualificato 24 ore Assistente personale qualificato tempo parziale (max 7 ore/ die) Assistente personale qualificato a tempo pieno (min 7 ore/ die) Assistente personale tempo parziale (max 7 ore/ die) Assistente personale tempo pieno (min 7 ore/ die)	
Tipologia di assistito	Utente che non ha già ricevuto interventi B2 Utenti già misura b2 altri strumenti Utente già misure b2 buono sociale vita indipendente Utente già misura b2 malattia motoneurone con condizioni aggravate Demenza Disabilità a seguito di un evento traumatico Disabilità non post traumatiche Malattia del motoneurone Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria Disabilità sensoriale Altra malattia neurodegenerativa Disabilità comportamentale Ritardo mentale Sindromi congenite su base cromosomica Distrofie muscolari e altre miopatie Sclerosi multipla Altro	
I.S.E.E.	Ordinario Socio-sanitario beneficiario coniuge figli Socio- sanitario: solo beneficiario maggiorenne Socio- sanitario: genitori beneficiario minorenne	

Il dichiarante

Luogo e data _____