**Allegato 1**

**Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MODULO L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSSUFFICIENZA (MISURA B2) PREVISTA DALLA DELIBERA N. XII/1669 del 28/12/2023 E SUCCESSIVE MODIFICHE CON LA N. XII/2033 DEL 18/03/2024**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* Diretto/a interessato/a
* familiare/tutore/*caregiver* e/o Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

L’attivazione delle prestazioni indirette:

* Buono sociale mensile ESCLUSIVAMENTE a sostegno del/la caregiver familiare (anche non convivente)
* Buono sociale mensile a sostegno del/la caregiver dell’assistente familiare regolarmente impiegato (anche non conviventi)

L’attivazione delle prestazioni dirette:

* Prestazioni di sollievo per il *caregiver* familiare
* percorsi di sostegno psicologico (individuale o gruppo) rivolti al *caregiver* familiare
* interventi di formazione/addestramento per rinforzare il lavoro di cura

**A TAL FINE DICHIARA**

di comunicare tempestivamente agli operatori del Servizio Sociale del proprio Comune di residenza o del Centro Multiservizi di Viadana:

* eventuali ricoveri;
* il decesso del beneficiario della Misura B2;
* altri motivi ostativi all’erogazione del contributo;

**Tipologia di certificazione (barrare una sola casella):**

* Demenza
* Disabilità in seguito ad un evento traumatico (es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)
* Disabilità non post traumatiche (es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)
* Malattie del moto-neurone
* Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)
* Disabilità sensoriale
* Altra malattia neurodegenerativa (es. malattia di Huntington, ecc.)
* Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
* Ritardo mentale
* Sindromi congenite su basi cromosomiche (es. sindrome di Down, ecc.)
* Distrofie muscolari e altre miopatie
* Sclerosi multipla
* Altro (ATTENZIONE da considerare come scelta residuale)

**Specificare servizi e/o sostegni economici fruiti dalla persona beneficiaria (barrare una o più caselle):**

* Ricovero di sollievo RSA/RSD

(se avvenuto negli ultimi 12 mesi indicare periodo dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_)

* ADI
* SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)
* Sostegno “Dopo di Noi” (indicare tipologia progetto e importo € \_\_\_\_,\_\_ prog. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Misura Case management ex DGR 392/2013
* Servizi Prima Infanzia/Scuola dell’Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
* Dopo scuola
* Educativa domiciliare
* CSE (fino 14 ore settimanali)
* CDD (fino 14 ore settimanali)
* CDI (fino 14 ore settimanali)
* Riabilitazione ambulatoriale
* Riabilitazione domiciliare
* Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
* Voucher anziani al *caregiver* familiare ex DGR 7487/2017
* Prestazioni Home Care Premium
* Frequenza servizi riabilitativi scolastici e non
* Servizio di educativa domiciliare
* Altro (specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Nessuno

L’erogazione della Misura B2 è incompatibile con:

- I Voucher Anziani e disabili (ex DGR n. 7487\2017 e DGR n. 2564\2019)

- 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;

- Home Care Premium/INPS HCP;

A tal fine dichiara e allega alla presente istanza:

* Che il/la beneficiario/a possiede certificato di invalidità civile al 100 %
* Che il/la beneficiario/a ha diritto all’indennità di accompagnamento
* Che il/la beneficiario/a possiede certificazione di disabilità grave art. 3 c. 3 legge 104/1992
* Copia del documento d’identità del beneficiario e del richiedente
* Che il/la beneficiario/a dichiara di avere in essere un contratto di lavoro a favore di un assistente familiare (se richiesto sostegno all’assistente familiare)
* Che il/la beneficiario/a possiede un ISEE sociosanitario e/o del nucleo ristretto pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oppure

* Che il/la beneficiario/a possiede un ISEE ordinario pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In caso di idoneità della domanda al finanziamento, si chiede l’erogazione del contributo secondo le finalità di progetto a (barrare una sola scelta):

* Tesoreria c/o Comune di Residenza della persona beneficiaria

OPPURE

* Conto corrente bancario o postale della persona beneficiaria

Banca/ufficio postale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DICHIARA ALTRESÌ**

di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento UE 679/2016).

Data \_\_/\_\_/2024

Firma del/la Richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_