

Oggetto: **richiesta misura regionale DGR 7856/18 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza**

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a il Residente a in
Via /Piazza C.F.....
Tel.
Titolo di soggiorno (se stranieri)

CHIEDE

- Per se stesso
- Per il/la Sig/ra
nato/a..... il e residente a.....
in Via /Piazza
Titolo di soggiorno (se stranieri).....
tel.
Rispetto al beneficiario il richiedente è

DI POTER ACCEDERE ALLA MISURA REGIONALE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

Allo scopo dichiara che il sottoscritto, se eventuale beneficiario, o la persona per cui si chiede la misura:

- 1) ha un Isee di €
- 2) è riconosciuto invalido civile in condizione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) o è beneficiario dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980
- 3) frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
 NON frequenta un Centro Diurno con retta a totale carico del Comune
- 4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74%
<input type="checkbox"/>	Nucleo composto dalla sola persona richiedente
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74%
<input type="checkbox"/>	Presenza nel nucleo di un solo familiare adulto oltre al beneficiario

5) la tipologia di intervento per cui si chiede la misura è la seguente:

<input type="checkbox"/>	buono sociale di personale impiegato con regolare contratto
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per compensazione assistenza del caregiver familiare
<input type="checkbox"/>	buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto)
<input type="checkbox"/>	voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

6) sta usufruendo dei seguenti servizi assistenziali con quota a carico dell'Ente pubblico:

Misura B1	Misura residenzialità leggera per ultra 65enni
SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)	Voucher INPS/Home Care Premium
RSA aperta	Progetto ex L. 162/98
Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia):	Misura residenzialità leggera per minori con gravissime disabilità
Reddito di autonomia	Progetto "Dopo di noi"

7) ha usufruito della Misura B2 nell'annualità precedente

NON ha usufruito della misura B2 nell'annualità precedente e:

- ha compiuto 85 anni
- richiede l'accesso alla misura per progetti di vita indipendente
- ha compiuto 50 anni e non beneficia di interventi di cui al punto 6

MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il Comune di potrà effettuare, tramite i propri Assistenti Sociali la verifica della conformità dell'utilizzo della prestazione rispetto al progetto concordato.

Si prevedono inoltre ulteriori momenti di verifica e controllo per nominativi di beneficiari scelti a campione.

E' fatto obbligo comunicare al servizio sociale comunale ogni variazione che comporti il venir meno del diritto alla prestazione.

Il sottoscritto:

- **prende atto** che ai sensi dell'art.13 del Dl.gs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- **prende atto** inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni

In caso di concessione di buono chiede che il pagamento avvenga:

direttamente al beneficiario

al Sig/ra
residente a in via
C.F.
Come da delega del beneficiario allegata

Le modalità in cui si chiede il pagamento sono le seguenti:

a cassa

tramite accredito sul c/c di cui al seguente codice

IBAN.....

ALLEGA

- Certificato di invalidità civili del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980
- Copia per ciascun soggetto riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASST
- Eventuale copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare
- Eventuale delega alla riscossione del beneficiario
- Eventuale titolo di soggiorno

Data _____

In fede
