*Spett.le Comune di ……*

**OGGETTO: presentazione istanza per l’assegnazione del Fondo per le Non Autosufficienze annualità 2024 (DGR 2033 del 18.03.2024 e DGR 2166 del 15/04/2024)**

Dati del beneficiario ***(da inserire anche se la domanda viene sottoscritta da un amministratore di sostegno/tutore)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La Sig./Sig.ra |  |  | |  | |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |
| nato/a a |  |  | | il | |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |
| Residente a |  |  | | domiciliato/a a | |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |
| tel. |  |  | | indirizzo e-mail | |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |
| Codice Fiscale |  |  |  | |

IBAN sul quale si desidera ricevere l’accredito in caso di riconoscimento del beneficio:

cc intestato a: …………………………………………………….

c/o: ……………………………………………………………….

IBAN………………………………………………………………

**CHIEDE**

di accedere al beneficio proposto dall’Ambito territoriale n. 9:

**ASSISTENZA INDIRETTA, CONTRIBUTI ECONOMICI**

□ Buono Sociale anziani/adulti per assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare

□ Buono Sociale minori per assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare

□ Buono Sociale per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto

□ Assegno di autonomia per Progetto di Vita Indipendente

**INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI:**

***Per chi richiede il buono sociale anziani/adulti e minori per assistenza continuativa al domicilio da parte del caregiver familiare è obbligatorio richiedere l’intervento integrativo come da elenco seguente:***

□ Interventi di assistenza domiciliare tutelare in favore degli anziani non autosufficienti

□ Interventi di assistenza domiciliare tutelare in favore disabili adulti e minori

□ contributo in conto retta per ricovero di sollievo/temporaneo in struttura residenziale

□ voucher in favore di persone con disabilità grave (adulti e minori) in contesto socializzante

***Per i richiedenti buono Sociale per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto e Assegno di autonomia per Progetto di Vita Indipendente non sono previsti gli integrativi sociali.***

**ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità:** € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

Di non usufruire dei seguenti servizi/interventi:

* 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 i 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 con la prestazione prevalente.

□ di aver attivo il servizio SAD nella seguente modalità (indicare il numero di ore settimanali ed i giorni di attivazione): ……………………………………….

□ di non aver attivo il servizio SAD

Se istanza per buono per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto, compilare la seguente tabella:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRATTO GIA’ IN ESSERE** | **ORE SETTIMANALI DA CONTRATTO** | **NOTE** |
| SI **□** NO **□** |  |  |

Se istanza per Buono progetto di vita indipendente, compilare la seguente tabella:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRATTO GIA’ IN ESSERE** | **ORE SETTIMANALI DA CONTRATTO** | **NOTE** |
| SI **□** NO **□** |  |  |

Si allegano all’istanza i seguenti documenti:

* Copia del verbale di Invalidità Civile al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione L104/1992 art.3 comma 3 (INPS) o ricevuta di inoltro ad INPS in caso di persona in fase di accertamento;
* Attestazione ISEE in corso di validità;
* Fotocopia del documento di identità del richiedente;
* Fotocopia della tessera sanitaria del richiedente;
* Fotocopia della Carta d’identità dell’Amministratore di sostegno/tutore/chi esercita la potestà genitoriale;
* Copia del decreto di nomina;
* Copia dell’eventuale permesso di soggiorno;
* Copia del contratto di assunzione (solo in caso di richiesta “Buono per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto);
* Scheda ADL compilata;
* Scheda IADL compilata (da compilare solo per le richieste di persone maggiorenni).

Data e luogo, …………………………………………….

FIRMA BENEFICIARIO

……………………………..

FIRMA (chi esercita la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno)

………………………………

Ai sensi del R. UE 2016/679 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) l’Azienda Territoriale per i servizi alla persona, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell’accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell’Ufficio di Piano dell’Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, anche con l’ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell’informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

…………………………….. , il ……………………………

Firma …………………………………………………………