*Spett.le Comune di ……*

**OGGETTO: PRESENTAZIONE ISTANZA PER L’ASSEGNAZIONE DEL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2025 A FAVORE DI PERSONE CON NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI DELL’AMBITO BASSA BRESCIANA CENTRALE IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. 3719 DEL 30.12.2024**

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 (LEGGIBILE) :

cc intestato a: ………………………………………………………………………………………….………………………………..

c/o: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

IBAN………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

Di accedere a:

**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 \*

**ASSISTENZA DIRETTA (INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI):**

□ Interventi integrativi sociali in favore di persone anziane non autosufficienti;

□ Interventi integrativi sociali in favore in favore di persone disabili adulti;

□ Interventi integrativi sociali in favore in favore di persone disabili minori;

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

*\* N.B. Il Buono Sociale per assistenza continuativa al domicilio da parte dell’assistente familiare con regolare contratto e l’ Assegno di autonomia per Progetto di Vita Indipendente non sono compatibili con gli interventi integrativi sociali.*

**DICHIARA**

* Di risiedere in uno dei Comuni dell’Ambito 9 – Bassa Bresciana Centrale;
* Di essere in possesso della certificazione di gravità, ai sensi dell’art. 3 comma 3 della L. 104/1992 ovvero beneficiarie dell’indennità di accompagnamento di cui alle L. 81/90 e successive modifiche previste dalla L. 508/88 ovvero con necessità di sostegno elevato o molto elevato;
* Di non essere ad oggi riconosciuto in condizione di gravità ma di aver già inoltrato ad INPS l’istanza per l’accertamento della sussistenza dei requisiti previsti dalla L. 104/92 (da documentare con **certificato medico introduttivo**);

 Di essere in possesso di **ATTESTAZIONE ISEE** in corso di validità pari a: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Di non beneficiare di misure incompatibili con le risorse di cui al presente Avviso come specificato al punto 6;

Ai fini della definizione della tipologia di Istanza DICHIARO:

 di voler accedere alla modalità di presentazione dell’ **ISTANZA SEMPLIFICATA** avendo già presentato domanda di accesso al FNA annualità 2024 (ammessa e finanziata o ammessa e non finanziata) ;

 di aver già beneficiato dei Servizi Integrativi di cui al FNA annualità 2024 per cui si rende necessario dare **CONTINUITÀ** al Progetto Individualizzato.

 di NON aver presentato istanza di accesso al FNA annualità 2024 (in tal caso la domanda deve essere compilata in ogni sua parte e corredata dagli allegati richiesti).

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 …………………………………………………………

**RISERVATO ALLE ISTANZE SEMPLIFICATE**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a……………………………………………nato/a a …………………………………………………………….. il……………………… , consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, **CONFERMO** il mantenimento dei requisiti di accesso alla misura oggetto dell’Avviso nonché il medesimo “sistema di assistenza/cura” già descritto nel mio Progetto Individualizzato 2024.FIRMA BENEFICIARIO ……………………………..FIRMA (chi esercita la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno) ……………………………… |