

Allegato 1

Prot. n. _____ del _____

COMUNE DI RIVAROLO MANTOVANO MN

**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 _____