

Al Comune di _____

Oggetto: Domanda per l'attivazione della Misura B2 - FNA ai sensi delle D.G.R. N. 4138 del 21.12.2020

Il/la sottoscritta _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Tel. n. _____

CHIEDE

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

- Buono Sociale per prestazioni del care giver familiare
- Buono Sociale per prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto
- Buono per Progetto di Vita Indipendente (18/64 anni)

- a favore di: _____

(da compilare qualora la persona richiedente sia diversa dal beneficiario)

in qualità di _____

(indicare il grado di parentela o l'eventuale ruolo esercitato (amministratore di sostegno, tutore)

A tal proposito si allega il Progetto Individualizzato e si indica l'IBAN sul quale si desidera ricevere l'accredito in caso di riconoscimento del beneficio:

cc intestato a:

c/o:

IBAN.....

Data _ _ _ _ _

Firma del richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 Reg. Ue 679/16, i dati acquisiti in esecuzione della presente domanda verranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale gli anzidetti dati vengono comunicati, secondo le modalità previste dalla legge e dai regolamenti vigenti. Titolare del trattamento è il responsabile del procedimento.

**Progetto individualizzato per l'attivazione della Misura B2 ai sensi delle D.G.R. N. 4138 del
21.12.2020**

DATI DEL BENEFICIARIO

Il/La Sig./Sig.ra

nato/a a il

Residente a domiciliato/a a

tel. indirizzo e-mail

Codice Fiscale

VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO:

| NOME/COGNOME | RAPPORTO DI PARENTELA | ETA' | NOTE (invalidità, non effettivamente conviventi ...) |
|--------------|-----------------------|------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ATTESTAZIONE ISEE in corso di validità: € _____

DIFFORMITA' e/o OMISSIONI SI NO

Note:

| INVALIDITA' | RICONOSCIUTA IN DATA | REVISIONE IN DATA |
|--|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Diritto all'indennità di accompagnamento ai sensi del L. 18/90 e successive modifiche previste dalla L. 508/88; | | |
| <input type="checkbox"/> Disabile grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.104/1992 (INPS) | | |
| <input type="checkbox"/> in fase di accertamento dell'art.3 comma 3 della L.104/1992 | DATA RICEVUTA DI INVIO ALL'INPS | |

DIAGNOSI COME DA VERBALE INPS:

CONDIZIONE PATOLOGICA (barrare solo una patologia):

- Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
- Disabilita a seguito di un "evento traumatico" (es. incidente stradale, caduta, trauma da parto, Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione)
- Disabilita non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia...)
- Disabilita sensoriale
- Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington...)
- Disabilita comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- Ritardo mentale
- Sindromi congenite su base cromosomica (Down...)
- Distrofie muscolari e altre miopatie
- Sclerosi Multipla
- Altro (da considerarsi solo come opzione residuale)

SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI GIA' ATTIVI (è possibile barrare più voci):

- persona beneficiaria del Servizio ADI
- persona beneficiaria del Servizio SAD
- persona beneficiaria di servizio educativo domiciliare
- persona beneficiaria di Assistenza all'Autonomia Scolastica per n.ore/settimanali

Strutture residenziali e diurne sociosanitarie e sociali (CDD – CSE – RSA – CDI ...):

ente gestore: Tipologia Unità d'Offerta:

persona già in carico al Servizio Sociale Comunale;

persona beneficiaria di altri interventi sociali, (*indicare quali*): _____

MISURE ECONOMICHE:

persona beneficiaria di Misura B1 a partire da _____ (specificare tipologia) _____

persona beneficiaria del contributo "Dopo di Noi"

persona beneficiaria di altri finanziamenti pubblici per la realizzazione del proprio progetto di vita, (*indicare quali*):

SERVIZI SPECIALISTICI TOTALMENTE A CARICO DEL SOGGETTO O DELLA FAMIGLIA (logopedia, Scuolaba, fisioterapie conservative, pet therapy etc.):

- Ente: intervento specialistico..... costo medio annuo per la famiglia:

- Ente: intervento specialistico:..... costo medio annuo per la famiglia:.....

- Ente: intervento specialistico:..... costo medio annuo
per la famiglia:

RETE DI VOLONTARIATO DI SUPPORTO (organizzazioni, vicinato etc.)

- Denominazione:
Prestazioni assicurate.....
Impegno mensile:.....

- Denominazione:
Prestazioni assicurate.....
Impegno mensile:

VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE DALLA QUALE SI POSSA DESUMERE LA QUALITA' DEL CONTESTO FAMILIARE E L'ONEROSITA' DEL CARICO ASSISTENZIALE SECONDO QUANTO RIPORTATO NEL BANDO AL PUNTO D.3.

- a) Rete di assistenza;
- b) Assistenza continuativa per bisogni primari (igiene personale, vestizione);
- c) Assistenza continuativa per bisogni primari (alimentazione);
- d) Assistenza continuativa per deambulazione;
- e) Assistenza continuativa per supporto alla comunicazione;
- f) Assistenza continuativa per supporto alla socializzazione;
- g) Assistenza continuativa per somministrazione farmaci;
- h) Assistenza continuativa per problematiche di comportamento;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PROGETTO INDIVIDUALE

PERSONA ASSISTITA A DOMICILIO DA CAREGIVER FAMILIARE:

| NOME/COGNOME | RAPPORTO DI PARENTELA | ETA' |
|--|-----------------------|------|
| | | |
| PRESTAZIONI ASSICURATE DAL CAREGIVER: | | |
| | | |
| | | |

PERSONA ASSISTITA A DOMICILIO DA PERSONALE ASSUNTO:

| CONTRATTO GIA' IN ESSERE | ORE SETTIMANALI DA CONTRATTO | IMPORTO MENSILE A CARICO DELLA PERSONA |
|---|------------------------------|--|
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| PRESTAZIONI ASSICURATE DALL'ASSISTENTE: | | |
| | | |
| | | |

VITA INDIPENDENTE - PERSONA ASSISTITA A DOMICILIO DA PERSONALE ASSUNTO:

| CONTRATTO GIA' IN ESSERE | ORE SETTIMANALI DA CONTRATTO | IMPORTO MENSILE A CARICO DELLA PERSONA |
|---|------------------------------|--|
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| PRESTAZIONI ASSICURATE DALL'ASSISTENTE: | | |
| | | |
| | | |

OBIETTIVI DA REALIZZARE:

-
-

MODALITÀ DI MONITORAGGIO/VERIFICA:

CASE MANAGER DEL PROGETTO

Nome e Cognome: _____

Ente di appartenenza: _____

Idoneo alla Misura 2 per:

- Buono Sociale per prestazioni del care giver familiare (periodo Maggio 2021-Aprile 2022)

- Buono Sociale per prestazioni di assistente personale impiegato con regolare contratto (periodo Maggio 2021-Aprile 2022)
- Buono per Progetto di Vita Indipendente (periodo Gennaio – Dicembre 2021)

Luogo e data

Il beneficiario
(o chi esercita la potestà genitoriale, tutore, amministratore di sostegno)

.....

Firma e Referente del Comune

.....

Firma Referente A.S.S.T

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art 13 Reg. Ue 679/16, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, 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 9 - Bassa Bresciana centrale, nonché da personale dei servizi socio-sanitari del territorio anche con l'ausilio di mezzi informatici.

I suoi dati saranno inoltre trasmessi a Regione Lombardia in fase di rendicontazione dei benefici erogati.

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.....

Allegati:

- 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 della carta d'identità in corso di validità e codice fiscale del beneficiario e del richiedente qualora persona diversa dal beneficiario
- Eventuale copia del contratto di assunzione dell'assistente personale
- Scheda ADL compilata

- Scheda IADL compilata (*da compilare solo per le richieste di persone maggiorenni*)