AL COMUNE DI

Oggetto: **richiesta misura regionale DGR 4138/2020 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 …… …………………………………..

Tel. …............................ cell. …………......……….............. mail ……………………………………..……………………

*CHIEDE*

* Per se stesso
* Per il/la Sig/ra .........................................................................................................................

nato/a……………….......…. il ……………………………………… e residente a ..................................................

in Via /Piazza ........................................................

Tel.…………………...................... cel.…………......………................ mail …………………………………………………..

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. □ presenta la domanda per la prima volta
2. □ ha presentato domanda anche l’anno precedente e conferma quanto dichiarato relativamente alla condizione di non autosufficienza
3. □ dichiara che nel corso dell’ultimo anno si è verificato l’aggravamento della situazione socio sanitaria della persona e/o il peggioramento dalla condizione di non autosufficienza
4. Dichiara inoltre che:
5. □ ha un Isee di € ………………..

□ non ha ancora l’isee e si impegna a richiederlo ed a consegnare agli uffici la DSU entro il 31 maggio 2021

1. □ 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.18/1988

□ è in attesa dell’esito dell’accertamento avvenuto in data………………………………..

1. □ frequenta il Centro Diurno ……………………………………….. con retta mensile a totale carico della Pubblica Amministrazione

□ a tempo pieno

□ a tempo parziale

□ NON frequenta un Centro Diurno

4) ha un nucleo familiare nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Presenza nel nucleo di sole persone (più di una) con invalidità superiore al 74% |
|  | Nucleo composto dalla sola persona richiedente (esclusa l’assistente famigliare) |
|  | Presenza nel nucleo di altra persona con invalidità superiore a 74% |
|  | Presenza nel nucleo di più di una persona adulta non invalida o con invalidità inferiore al 74% oltre al beneficiario |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | buono sociale per personale impiegato con regolare contratto |
|  | buono sociale mensile per compensazione assistenza del care giver familiare |
|  | buono sociale mensile per progetti di vita indipendente (ausilio di un assistente personale con regolare contratto)  continuità con annualità precedenti □ SI □ NO |
|  | voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Misura B1 |  | Progetto "Dopo di noi" (specificare per che spese) |
|  | SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) |  | Voucher INPS/Home Care Premium |
|  | ADI |  | Educativa Domiciliare Minori |
|  | RSA aperta |  | Progetto ex L. 162/98 |
|  | Servizi complementari, specificare (pasti, trasporto, telesoccorso, lavanderia): .................................................. |  | Servizio Educativo Domiciliare Disabili |
|  | Reddito di autonomia – voucher anziani o disabili |  |  |

7) Al momento della domanda il soggetto interessato si trova:

□ presso la propria abitazione

□ ricoverata presso la struttura denominata: …………………………..

**MONITORAGGIO E CONTROLLI**

Il Comune di Mantova 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 del Regolamento UE 2016/679 “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 effettuerà 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

-**prende atto** che in caso di non fosse in possesso di Isee , la DSU deve essere presentata entro il 31/05/2021, pena l’esclusione dalla graduatoria.

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

□ direttamente al beneficiario

□ al Sig/ra .............................................................................................................................................................. residente a ............................................ in via...................................................................................

Recapito telefonico ……………………………………………….C.F. .................................................................

Come da delega del beneficiario allegata

□ tramite accredito sul c/c di cui si allega IBAN.

**ALLEGA**

* Certificato di invalidità civile 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
* Copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell’assistente familiare
* Delega alla riscossione del beneficiario
* Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto
* Carta di identità di beneficiario e firmatario se non già agli atti
* Codice IBAN rilasciato dalla Banca

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_