

Spett.le UFFICIO DEL PIANO DI ZONA
Ambito di Guidizzolo
per il tramite del COMUNE DI RESIDENZA

DOMANDA DI VALUTAZIONE INTEGRATA – MISURA B2
Misura a favore delle persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti
ex DGR XI/7751 del 28/12/2022

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

diretto interessato

familiare grado di parentela _____

tutore nominato con decreto n. _____ del _____

amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

del sig. (Cognome e Nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e- mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di poter accedere alla valutazione socio-sanitaria integrata per la definizione di un Progetto Individuale di assistenza – effettuata in collaborazione con gli operatori del Centro Multiservizi dell'ASST – per il riconoscimento di uno degli interventi previsti dalla ex DGR XI/7751 del 28/12/2022 Misura B2, a favore delle persone con gravi disabilità o anziani non autosufficienti.

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, e smi, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 e smi nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

DICHIARA

- che il richiedente si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di essere a conoscenza che l'équipe che farà la valutazione determinerà la misura appropriata in base alla valutazione multidimensionale;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che il richiedente è già fruitore di (*barrare le voci interessate*):
 - buono/voucher sociale da parte del Comune (SAD);
 - Assistenza domiciliare integrata (ADI)
 - sostegni DOPO DI NOI;
 - servizio di RSA aperta
 - Home Care Premium INPS
 - contributo REI (Reddito di Inclusione) / RdC (Reddito di cittadinanza)
 - voucher di autonomia per anziani e disabili
 - Altro (specificare): _____

DICHIARA ALTRESI'

di essere in possesso di (*spuntare le voci che interessano*):

- verbale di invalidità nel quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari a% e l'indennità di accompagnamento;
- oppure*
- verbale di invalidità nel quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari a% e l'indennità di frequenza;
- certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92
- un regolare contratto di lavoro di assunzione di assistente familiare/personale per n. _____ settimanali per l'assistenza al sig./ra _____;
- requisiti di caregiver familiare del sig./ra _____ in quanto:
 - disoccupato e/o casalinga
 - cassaintegrato
 - pensionato/a
 - lavoratore autonomo/dipendente part-time (massimo 25 ore settimanali)

DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO DEL CONTO	Nome/cognome..... Residente a Indirizzo: VIA C.F. Nato ail
--	---

ALLEGRO

- al fine di prevenire situazioni di non accredito del valore del buono/voucher di cui risulterà assegnatario, fotocopia del codice IBAN dell'istituto di credito presso il quale dovrà essere accreditato il beneficio economico.

La presente comunicazione è fornita ai sensi e per gli effetti della Legge 13/08/2010, n° 136. Eventuali modifiche sui dati del conto corrente sopra indicato, saranno comunicate tempestivamente e comunque entro 7 giorni dalla data di variazione (comma 7 art. 3, L. 136/2010).

IL RICHIEDENTE
(firma leggibile)

DATA _____

IL SOTTOSCRITTO CONFERMA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI NONCHE' DEI DATI PERSONALI DELLA PERSONA PER LA QUALE CHIEDE IL BENEFICIO PER LE FINALITÀ SOPRARIPORTATE, GIUSTO REGOLAMENTO UE 2016/679.

Luogo e data: _____

Firma _____