

**Allegato 1 – Avviso Pubblico a sportello Misura B2**

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 XII/2033 del 18/03/2024 e ex DGR XII/2166 del 15/04/2024**

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 dell’equipe di valutazione multidisciplinare dell’ASST – per il riconoscimento di uno degli interventi previsti dalla ex DGR XII/2033 del 18/03/2024 e ex DGR XII/2166 del 15/04/2024 Misura B2, a favore delle persone con gravi disabilità o anziani non autosufficienti.**

## Allegato 1 – Avviso Pubblico a sportello Misura B2

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)
  - non essere invalido al 100%



## Allegato 1 – Avviso Pubblico a sportello Misura B2

<b>DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO</b>	Nome/cognome..... Residente a ..... Indirizzo: VIA ..... C.F. .... Nato a .....il .....
---	---

### ALLEGA

- 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 NONCHÉ DEI DATI PERSONALI DELLA PERSONA PER LA QUALE CHIEDE IL BENEFICIO PER LE FINALITÀ SOPRARIPORTATE, GIUSTO REGOLAMENTO UE 2016/679.*

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_