

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 anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e
persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato
ex DGR XII/3719 del 30/12/2024

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/3719 del 30/12/2024 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

- di trovarsi 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
- di essere già fruitore di (barrare le caselle corrispondenti):
 - buono/voucher sociale da parte del Comune (SAD);
 - Assistenza domiciliare integrata (ADI)
 - sostegni DOPO DI NOI;
 - contributo ADI (Assegno di inclusione)
 - Altro (specificare): _____
- di non essere (barrare le caselle corrispondenti):
 - in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7751/2022);
 - beneficiario Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019);
 - beneficiario della MISURA B1;
 - accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - percettore di contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI – o da risorse Dopo Di Noi per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - in carico al Fondo Sanitario Regionale per ricovero di sollievo;
 - beneficiario Home Care Premium/INPS;
 - beneficiario della prestazione universale di cui agli artt. 34-36 del d.lgs 29/2024.

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

