



**Domanda per ASSISTENZA DIRETTA
FNA DGR 3719/2024 - MISURA B2 Anno 2025**

Importante:

prima di procedere alla compilazione della domanda, si raccomanda la lettura completa del bando, per la verifica preliminare della sussistenza dei requisiti (con particolare attenzione alla verifica di eventuali incompatibilità con altre misure/interventi di cui si sia già fruitori ed alle soglie ISEE di accesso per ciascun intervento).

IL RICHIEDENTE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. ____ Via _____ n. ____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

in qualità di:

Diretto interessato

Genitore/Coniuge/Figlio/altro familiare

Tutore/Curatore

Amministratore di sostegno

ai sensi della DGR **3719/2024** e dell'Avviso Pubblico dell'Ambito di Saronno

CHIEDE

a favore del beneficiario: (compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente):

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente a _____ Prov. ____ Via _____ n. ____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

il riconoscimento del seguente intervento:

<input type="checkbox"/> VM - Voucher per servizi integrativi sociali di <u>minori (fino a 18 anni)</u> con disabilità
<input type="checkbox"/> VA - Voucher per servizi integrativi sociali di <u>adulti o anziani</u>

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il beneficiario si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto ovvero:
 - è residente in Regione Lombardia;
 - con compromissione, singola o plurima, che ne riduca l'autonomia personale, correlata all'età, e tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione e quindi con necessità di **basso bisogno assistenziale/sostegno intensivo elevato** (già persona in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988)
 - con valore ISEE (attestazione n. _____) pari ad € _____ valida fino al 31/12/2025
 - **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 oltre alla segnalazione agli organi competenti;**
 - di essere a conoscenza che l'equipe pluriprofessionale determinerà la misura appropriata in base alla valutazione multidimensionale, anche disponendo un beneficio diverso da quello richiesto;
 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
 - che il beneficiario è già fruitore di (*barrare le voci interessate*):
 - Servizio assistenza domiciliare - SAD (*barrare solo nel caso in cui vi sia compartecipazione del Comune di residenza*);
 - Assistenza domiciliare integrata - ADI
 - Home Care Premium INPS
 - Contributo DOPO DI NOI
 - Assegno di inclusione - ADI (ex. Reddito di Cittadinanza)
 - Bonus Assistenti Familiari
 - Voucher trasporto (*barrare solo nel caso in cui il beneficiario è maggiorenne*)
 - Esonero mensa (*barrare solo nel caso in cui il beneficiario è minorenni*)
 - Altro (specificare): _____
 - Frequenza strutture diurne (es.: CDD, CSE, SFA): numero ore settimanali _____
(*barrare solo nel caso in cui vi sia compartecipazione del Comune di residenza*)
 - che il minore frequenta (*solo per azione A1 in favore di un minore*):
 - centri diurni/strutture ad integrazione dell'obbligo scolastico
 - denominazione del centro/struttura: _____

- che il caregiver familiare è individuato nella persona di _____ (legame di parentela) _____ che si occupa del beneficiario per n. ore _____ al giorno.

Tipologia di assistenza attiva erogata dal Caregiver Familiare (COMPILAZIONE OBBLIGATORIA)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ➤ Igiene personale (compreso il vestire/svestire) e/o Gestione continenza | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| ➤ Alimentazione (compresa preparazione e somministrazione) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| ➤ Mobilità (Trasferimenti, Passaggi posturali, Deambulazione, Spostamenti, ...) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| ➤ Gestione terapia (compresa farmacologica, di supporto nutrizionale, respiratorio, ...) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| ➤ Supporto sociale e alla comunicazione (compreso gestione comportamento-problema) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Per dettagli su misure/interventi la cui fruizione è incompatibile con la Misura B2 e che pertanto non rendono possibile presentare questa domanda, si rimanda al paragrafo "Compatibilità della Misura B2 con altre misure in vigore" del bando.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

La/e domanda/e di assistenza indiretta e/o diretta potrà/nno essere presentata/e:

- **A mezzo PEC (posta elettronica certificata)** comunesaronno@secmail.it, UTILIZZANDO SOLO INDIRIZZI PEC IN EMITTENZA. L'utilizzo di una casella di Posta Elettronica Ordinaria (PEO) per l'invio alla PEC dell'Ente non consente la ricezione della documentazione;
- **A mezzo PEO (posta elettronica ordinaria)** protocollo@comune.saronno.va.it

Tutta la documentazione dovrà essere inviata in formato pdf e scegliendo alternativamente tra PEC e PEO. La trasmissione dei documenti in altri formati non sarà presa in considerazione e costituirà causa di esclusione della domanda.

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.:

Si informa che:

- il consenso al trattamento dei dati personali è necessario per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività del Comune;
- il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici;
- i dati non saranno comunicati a terzi, fatti salvi gli obblighi di legge, e l'ambito di diffusione degli stessi è limitato ai soli addetti agli uffici comunali del Distretto deputati alla gestione della pratica;
- il Titolare del trattamento è il Comune di SARONNO e Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'AREA INCLUSIONE E CULTURA.

Per presa visione della presente informativa e relativo consenso:

Data _____

Firma _____