

ISTANZA PRESENTAZIONE FNA MISURA B2 - Anno 2020

DGR XI/2862 del 18/02/2020

Prot. _____

Al Comune di _____

Il/la sottoscritto/a (Cognome del richiedente) *

Rossi

Il/la sottoscritto/a (Nome del richiedente) *

Mario

nato/a a *

Comune di Crema [id:6310]

Prov. di

CR [id:12603]

il *

15



Ott



1984



residente a *

Comune di Crema [id:6310]

in Via *

europa

n. *

2

Tel *

21312312

e-mail *

lopresti.test1@gmail.com

Codice Fiscale *

RSSLRD93P01D142K

In qualità di: *

- ☐ DIRETTO INTERESSATO
- ☒ FAMILIARE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE

grado di parentela *

Padre

Nominato con decreto n.

del

Nominato con decreto n.

del

Nominato con decreto n.

del

del Sig./Sig.ra (Beneficiario)

Cognome *

Rossi

Nome *

Luigi

nato/a a *

Comune di Milano [id:5578]

Prov. di

MI [id:12524]

il *

22 ▾ Ott ▾ 1950 ▾

residente a *

Comune di Crema [id:6310]

in Via *

europa

n. *

2

Tel *

123123

e-mail: *

lopresti.test1@gmail.com

Codice Fiscale *

LPLLRD93P06D142Z

CHIEDE *

- ☐ PER SE
- ☒ PER CONTO DEL BENEFICIARIO
-

Di accedere ad una o più delle seguenti prestazioni previste dalla DGR n XI/2862 del 18/02/2020, misura B2, previa valutazione della Commissione Distrettuale. *

- ☒ Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare
- ☐ Buono sociale mensile SLA/SMA
- ☐ Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente
- ☐ Voucher sociali per sostenere progetti di natura educativa/socializzante in favore di minori con disabilità
-

Che potrà essere integrato da un Buono Assistente familiare in caso di personale d'assistenza assunto con regolare contratto *

- ☒ PRESENTE
- ☐ NON PRESENTE
-

In caso di richiesta Buono sociale per Assistente Familiare, Progetti di vita indipendente, SLA/ SMA indicare monte ore settimanale come da contratto del personale assunto *

- ☒ Fino a 25 h
- ☐ Superiore a 25 h
-

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione delle domande e di erogazione degli interventi e/o contributi;
-

Che il beneficiario: *

- ☒ non è in carico alla MISURA RSA aperta (ex. DGR n. 7769/2018)
 - ☒ non percepisce il bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015
 - ☒ non è beneficiario della MISURA B1
 - ☒ frequenta un'unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali (CDD, CSE, Centro Diurno per anziani...)
 - ☒ non è accolto definitivamente presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - ☒ non percepisce contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
 - ☒ non usufruisce al momento di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale.
 - ☒ non si trova al momento in ricovero in riabilitazione/Sub acute/Cure intermedie/Post acuta.
-

Che il beneficiario: *

- ☒ è in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992.
 - ☒ percepisce l'indennità di accompagnamento (legge n. 18 /1980).
 - ☒ è in fase di accertamento.
-

Che la situazione reddituale e patrimoniale corrisponde a un valore: *

- ☐ ISEE ORDINARIO
 - ☒ ISEE SOCIO SANITARIO
 - ☐ ISEE ORDINARIO DA SIMULAZIONE SITO INPS
 - ☐ ISEE SOCIO SANITARIO DA SIMULAZIONE SITO INPS
-

se isee ordinario pari a €

se isee sociosanitario pari a € *

1000

se isee ordinario da simulazione sito inps pari a €

se isee sociosanitario da simulazione sito inps pari a €

In caso di valore ISEE simulato, è necessario integrare la pratica facendo pervenire l'attestazione ISEE 2020 al Servizio Sociale del proprio Comune di residenza entro il 15 giugno 2020, in caso il termine non venga rispettato, l'istanza sarà considerata inammissibile

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante:

- trasferimento residenza in altro ambito distrettuale;
- l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione/sub acuti/ cure intermedie/post acuti o in struttura residenziale (Casa di Riposo, Residenze per Disabili Adulti; Hospice, Comunità Sociali);
- ricoveri di sollievo
- eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla DGR n. XI/2862 del 18/02/2020 – Misura B2.

Si allega alla presente istanza copia dei seguenti documenti:

Informativa privacy debitamente sottoscritta *

 Informativa privacy debitamente sottoscritta.docx

Documento di identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento *

 Documento di identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento.docx

Documento di identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento *

 Documento di identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.docx

Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare documento d'identità e decreto di nomina del Tribunale

Nessun file selezionato

Verbale di invalidità *

 Verbale di invalidità.docx

Certificato di condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 104/92 *

 Certificato di condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della legge 10492.docx

Contratto di lavoro del personale regolarmente assunto *

 Contratto di lavoro del personale regolarmente assunto.docx

Contratto assistente familiare

Nessun file selezionato

Certificazione ISEE in corso di validità *

 Certificazione ISEE in corso di validità.docx

MI IMPEGNO A FAR PERVENIRE I SEGUENTI DOCUMENTI SE NON ANCORA DISPONIBILI

☒ **Accertamento di invalidità**

○ **Attestazione ISEE 2020 entro il 15 giugno 2020**

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo *

Crema

data *

1



Ott



2020



Firma
