**DOMANDA DI ATTIVAZIONE DI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI**

**(ASSISTENZA DIRETTA)**

**PER MINORI / ADULTI CON DISABILITA’ E NECESSITA’ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2) TRAMITE BANDO A SPORTELLO**

**- AI SENSI DELLA DGR XII/3719/2024 –**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………………………………………….……..

Codice fiscale…………………………………………………………………………………………….………………………...……

nato/a a……………………………………………………………………..…………..prov…………il…………………..….……….

residente in…………………………………………………………………………………………(c.a.p.)……………………………

Via/Piazza………………………………………………………………………………………………..………..n°………………….

telefono………………………………………………………………………………………………………………….……………….

email…………………………………………………………………………………………………………………………….……….

**In qualità di Amministratore di Sostegno/esercente la responsabilità genitoriale di**

Nome……………………………………..…………………Cognome………………………………………………………….…….

Codice fiscale……………………………………………………………………….……………………………….………………….

nato/a a…………………………………………………………………………………..prov…………il……….…………….………

residente in…………………………………………………………………………….………………(c.a.p.)………….…………….

Via/Piazza……………………………………………………………………………………..….………..n°………………………....telefono………………………………………………..……..email…………………………………………………………………….

**CHIEDE**

**l’attivazione dei seguenti interventi integrativi sociali (assistenza diretta) per minori/adulti con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato (misura B2):**

* intervento educativo con l’obiettivo generale di implementare la relazione con gli altri in contesti di vita quotidiani – erogato dal seguente ente accreditato: ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* servizio di assistenza domiciliare, a supporto/sostituzione del caregiver, in ottica di sollievo - erogato dal seguente ente accreditato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sostegno ai caregiver, individuale o di gruppo - erogato dal seguente ente accreditato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* rimborso per periodi di sollievo temporanei presso strutture residenziali (RSD...), di cui si allega prova della spesa sostenuta, per un costo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi degli articoli 75-76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

* di non essere beneficiario del buono sociale anno 2025 a favore di persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato assistiti al proprio domicilio da caregiver familiare (obbligatorio in caso di minori);
* di aver presentato la dichiarazione sostitutiva unica con il seguente numero di protocollo …………………………………………………….
* di possedere un’attestazione isee in corso di validità non superiore ad €40.000,00 in caso di minori (isee ordinario compreso isee corrente e isee minorenni laddove previsto dalla normativa) o ad € 25.000,00 in caso di adulti (isee sociosanitario compreso isee corrente laddove previsto dalla normativa);
* che il valore dell’isee è pari ad € ………………………………………………….
* che il beneficiario è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi della l. 104, art. 3, comma 3. o certificazione di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del d.lgs 62/2024
* che il beneficiario è in possesso di un indice di fragilità sociale che evidenzi il grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana (adl) e delle attività strumentali alla vita quotidiana (iadl) (a cura del servizio sociale)
* Di essere beneficiario della misura Dopo di Noi (se sì, specificare di quale intervento):

□SI …………………………………………......

□NO

* Di frequentare unità d’offerta semiresidenziali socio/sanitarie e/o sociali (es. CDD, CSE, SFA):

□SI □NO

* Di essere stato beneficiario della Misura B2 anno 2024

□SI □NO

* che il beneficiario non usufruisce di nessuna delle seguenti misure (incompatibili ai sensi della dgr XII/3719/2024:

- accoglienza definitiva presso Unità d’offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

- ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

- contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;

- Misura B1;

- Home Care Premium/INPS HCP.

* Di essere consapevole che verrà redatto il Progetto Individualizzato, presupposto perchè possa essere erogato il voucher sociale. La valutazione è di carattere multidimensionale ed effettuata in modalità integrata con ASST. All’interno del Progetto Individualizzato sarà individuato il case-manager, ovvero il responsabile dell’attuazione del progetto. Il P.I. dovrà essere sottoscritto da un rappresentante del Comune/Ambito, da un rappresentante della ASST competente, dalla persona beneficiaria/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, dal responsabile del progetto (case manager).

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in Istituto (RSD, CSS), ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese.

Alla presente allega:

* Fotocopia carta di identità e codice fiscale del beneficiario;
* Fotocopia carta d’ identità e codice fiscale del richiedente;
* Attestazione ISEE: in caso di minori Isee ordinario compreso ISEE corrente o ISEE minorenni laddove previsto dalla normativa; in caso di adulti: ISEE sociosanitario compreso ISEE corrente laddove previsto dalla normativa;
* Schede ADL /IADL a cura del servizio sociale;
* Copia certificazione di gravità ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3 o invalidità al 100% con indennità di accompagnamento di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988 o certificazione di persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato ai sensi del D.lgs 62/2024 (CONTENENTE L' INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI);
* Copia eventuale copia della sentenza della nomina dell’amministratore di sostegno del beneficiario;
* Copia carta d’identità e codice fiscale dell’amministratore di sostegno;
* Modulo monte ore a cura del Servizio Sociale di residenza del nucleo familiare;
* Informativa privacy sottoscritta (solo nel caso in cui la domanda venga presentata tramite servizio sociale comunale).

Data Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE B1**

**Il sottoscritto……….……………………………..**

**Dichiara**

**di essere consapevole che il Buono sociale in oggetto è incompatibile con un altro intervento relativo alla dgr XII/3719/2024 - Misura B1**

**e di informare tempestivamente il Servizio sociale del Comune di residenza,** **nel caso di riconoscimento del beneficio della misura B1.**

**FIRMA**

**……………………………………………………………………………...**