

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TITOLI SOCIALI –

MISURA SERVIZI (già MISURA B2) – APERTURA A SPORTELLO ESCLUSIVAMENTE PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DIRETTA)

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO – DRG XII/6320 del 15.06.2026

AL COMUNE DI _____

e-mail _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail _____

C H I E D E

A favore di:

- ☐ Se stesso;
- ☐ Della persona _____

- ☐ persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale
- ☐ persona adulta con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato
- ☐ persona minore con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato

nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____ C.F. _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail _____

In qualità di:

- ☐ genitore,
- ☐ genitore affidatario (decreto n. _____ del _____ Tribunale _____),
- ☐ Amministratore di Sostegno (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____),
- ☐ Tutore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____),
- ☐ Curatore (atto di nomina n. _____ del _____ Tribunale _____),
- ☐ Familiare,
- ☐ Altro : _____.

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



di poter accedere alla valutazione degli interventi di sostegno e supporto previsti dalla MISURA SERVIZI per garantire la piena permanenza della persona fragile al proprio domicilio e nel suo contesto di vita di seguito riportati:

❑ INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI -Assistenza diretta - gli interventi integrativi sociali ammessi a finanziamento potranno essere attivati a seguito della definizione e sottoscrizione del Progetto Individuale e dovranno essere realizzati **entro il 31.12.2027**, nel rispetto delle finalità della Misura Servizi e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 445/00, 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, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1. che il beneficiario dell'intervento è:

❑ persona in condizioni 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 (in caso di assenza del verbale che attesti tale dichiarazione, può essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile);

❑ di cittadinanza italiana o degli stati appartenenti all'Unione Europea ovvero extracomunitaria con possesso di regolare titolo di soggiorno;

❑ in possesso di ISEE socio-sanitario in corso di validità, non superiore ad € 25.000,00- compreso di ISEE corrente- (solo per Assegno per l'Autonomia ISEE ≤ 30.000), ammontante ad € _____ pratica n. _____ data attestazione: ____/____/____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

❑ in possesso di ISEE ordinario (in caso di minore disabile), ovvero ISEE minorenni in corso di validità, non superiore ad € 40.000,00, ammontante ad € _____ pratica n. _____ data attestazione: ____/____/____; rilasciato ai sensi del DPCM n. 159/2013 e ss.mm.ii.

DICHIARA ALTRESÌ

2. che il beneficiario dell'intervento:

❑ Frequenta l'Unità d'offerta semi-residenziale, socio-sanitaria o sociali (es. CSE, SFA, CDD, CDI.....), anche di natura sperimentale _____ situata nel Comune di _____ con integrazione costi a carico del Comune e/o del Sistema Socio-sanitario;

❑ Non è ricoverato con modalità definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio-sanitarie o sociali (RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

❑ Non percepisce la Misura rivolta alla persona non autosufficiente anziana con alto bisogno assistenziale o la persona con disabilità con bisogno di sostegno molto elevato (già Misura B1);

❑ Non beneficia di ricovero di sollievo con il costo del ricovero a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

❑ Non è preso in carico con Misura RSA aperta ex DGR n.7769/2018;

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



- ☐ Non beneficia della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;
- ☐ Non beneficia della misura Home Care premium/INPS.

3. Individua come caregiver familiare il/la Sig/ra (cognome e nome) _____
specificare grado parentela _____ Codice fiscale _____
(allegare documento d'identità) che dedica n. _____ ore al giorno alla funzione di Caregiver (vedi nota in avviso).

4. di essere a conoscenza che:

- ☐ La concessione dei benefici economici di cui al presente accordo è subordinata alla sottoscrizione di un Progetto Individuale - tra le parti (operatori del Comune e ASST, richiedente/rappresentante legale o familiare) che definisce gli obiettivi di sostegno alla domiciliarità, il piano operativo degli interventi e le modalità di verifica.
- ☐ La predisposizione del Progetto Individuale è preceduta dalla valutazione multidimensionale effettuata anche in modalità integrata con ASST e che in fase di valutazione multidimensionale sarà verificata l'appropriatezza degli interventi richiesti.
- ☐ Nel caso in cui la valutazione multidimensionale evidenziasse l'assenza di bisogno assistenziale o di cura non si procederà alla stesura del Progetto Individuale ed alla conseguente erogazione dei benefici economici.
- ☐ I Progetti possono essere modificati nel tempo conseguentemente al mutare della situazione;
- ☐ Solo dopo la sottoscrizione di impegno tra le parti si procederà alla liquidazione dei benefici economici relativi ai diversi interventi attivati.
- ☐ L'Ufficio di Piano, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 1, potrà procedere a idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 art. 71 c. 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
- ☐ L'Ufficio di Piano provvederà all'erogazione dei titoli sociali fino ad esaurimento delle risorse disponibili e secondo le modalità stabilite nell'Avviso.

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.

COMUNICA

Di voler ricevere tutte le comunicazioni inerenti la Misura Servizi al seguente indirizzo email: _____

_____ addì _____

FIRMA del DICHIARANTE

Documento d'identità _____ rilasciato il _____ / _____ / _____
da _____

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO



Allegati:

- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) - versione integrale;
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle L. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 – versione integrale;
- In caso di assenza dei verbali sopra riportati potrà essere presentata l'istanza allegando il certificato introduttivo di invalidità civile;
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale);
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile;
- Carta di identità richiedente e beneficiario;
- Titolo di soggiorno del beneficiario.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di Solbiate Arno – posta elettronica certificata: comune.solbiate-arno@pec.regione.lombardia.it - tel.0331-993427, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di Solbiate Arno anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di Solbiate Arno e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.