***MODULO DI DOMANDA***

**AVVISO PUBBLICO**

**PROGRAMMA REGIONALE DI ASSEGNI DI CURA**

**per Anziani non Autosufficienti e Persone con Disabilità 2022-2024**

**Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_**

(Riservato all’Ufficio)

All’Ufficio Sociale del Comune di

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

***Il/La sottoscritto/a*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **codice fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) **CAP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**indirizzo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_ **telefono**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)**

***(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal beneficiario)***

***del sig./sig.ra*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **codice fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nato/a**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) **il**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) **CAP** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**indirizzo** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_ **telefono**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***fa domanda di ASSEGNO DI CURA***

A tal fine, il/la sottoscritto/a

***dichiara***

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

***1. Dati generali***

* che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;

che il beneficiario è:

* Anziano non Autosufficiente con alto carico assistenziale;
* Persona con disabilità gravissima;
* Anziano non Autosufficiente con basso carico assistenziale;
* Persona con disabilità grave;
* che la famiglia si avvale a titolo oneroso, di uno o più operatori/assistenti familiari per l’assistenza al domicilio;

oppure

* intende avvalersi, a titolo oneroso, di uno o più operatori/assistenti familiari per l’assistenza al domicilio e si impegna a presentare la documentazione attestante l’avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale individualizzato), pena decadenza del beneficio riconosciuto;
* che la persona anziana non autosufficiente o la persona con disabilità non usufruisce di servizi residenziali sia socio-sanitari che socio-assistenziali;
* che il valore dell’I.S.E.E. socio-sanitario del nucleo familiare della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità è pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €;
* che la persona interessata non è destinataria di programmi assistenziali che prevedono lo stesso tipo di prestazioni dell’Avviso di che trattasi, ovvero dei programmi “Dopo di Noi” e “Vita Indipendente”;
* di essere consapevole che la presentazione della domanda non dà diritto all’erogazione dell’intervento richiesto e che il riconoscimento di quest’ultimo è subordinato all’elaborazione di una graduatoria unica di Ambito, stilata sulla base dei criteri di cui all’Avviso, alla disponibilità delle risorse e alla sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato);
* di impegnarsi a rendicontare bimestralmente spese, fornendo la documentazione necessaria a dare prova delle spese ammissibili sostenute fino alla concorrenza di almeno il 70% dell'importo dell’Assegno;
* di essere consapevole che la mancata rendicontazione per 3 bimestri consecutivi comporta la perdita del diritto all’erogazione dell’intervento (solo per l’Assegno di cura);
* di essere consapevole che saranno ritenute ammissibili esclusivamente le somme relative a spese direttamente riconducibili al non autosufficiente assistito;
* di accettare tutto quanto è disposto e previsto nell'Avviso di che trattasi;
* che il **caregiver familiare**, ai sensi dell’art.1, comma 255 della legge 205 del 2017,è:

Signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2. Dati relativi al familiare o all’assistente familiare (barrare un’opzione)***

|  |
| --- |
| * **Presenza di operatore/assistente familiare assunto dalla famiglia**   L’operatore/L’assistente familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a all’INPS con matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza:  - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_   * **Presenza di operatore/assistente familiare pagato per il tramite di Enti terzi**   L’operatore/L’assistente familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario/beneficiario sostiene il costo, è regolarmente assunto/a dalla Ditta (*ragione sociale*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*cooperative sociali, ecc.*) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, , per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità indicata in precedenza:  - per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_   * **Assenza di operatore/assistente familiare**   **(In caso di assenza, il richiedente si impegna a presentare la documentazione attestante l’avvenuta assunzione in sede di sottoscrizione del PAI, pena decadenza dell’intervento riconosciuto)** |

***4. Modalità di riscossione***

Il/la sottoscritto/a sollevando l’Ente da ogni responsabilità

***chiede che la liquidazione venga effettuata con la seguente modalità:***

* Assegno non trasferibile
* Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Intestato a***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Richiedente | Beneficiario | Persona di riferimento |
|  |  |  |

***5. Comunicazione variazioni***

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 15 giorni dal verificarsi dell’evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare, si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona anziana non autosufficiente o la persona disabile:

1. l’ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
2. il decesso;
3. il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
4. le variazioni contrattuali relative all’operatore/assistente familiare (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

Allega:

* certificato di invalidità per la concessione dell’indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni;

oppure:

* certificazione dalla quale si evince la condizione di non autosufficienza o disabilità grave ai sensi dell’allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;
* certificazione medico-specialistica rilasciata dalle strutture sanitarie regionali sulle apposite schede riportate negli Allegati n. 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2E/A, 2E/B, 2F, 2G, 2H e n. 3 della D.G.R. 202400654 del 04/11/2024 (corrispondenti agli Allegati n. 1A, 1B, 1C, 1/D, 1D/A, 1D/B, 1E, 1F, 1G e n. 2 della D.G.R. n. 1100 del 30/10/2018) **(solo per anziani non Autosufficienti con alto carico assistenziale o persone con disabilità gravissima).**
* certificazione I.S.E.E. per prestazioni agevolate di natura socio - sanitaria in corso di validità del nucleo familiare del beneficiario;
* documentazione relativa al rapporto contrattuale con operatori/assistenti familiari;
* copia del documento di riconoscimento valido del richiedente;
* copia del documento di riconoscimento valido del beneficiario;
* informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

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

(firma leggibile)