Allegato 2 – Domanda di contributo FNA Misura B2

Spett. Azienda Insieme per il Sociale

DOMANDA DI CONTRIBUTO
FNA MISURA B2 - BUONO SOCIALE MENSILE IN CASO DI ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
DGR 3719/2024
Annualità 2025

INTESTATARIO DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO			
Cognome		**Nome**	
Luogo di nascita		**Data di Nascita**	
Residente a		**Indirizzo**	
Telefono		**Email**	
Stato civile		**Codice Fiscale**	

| | in qualità di diretto interessato

NEL CASO IN CUI L'INTESTATARIO NON COINCIDE CON IL RICHIEDENTE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE:

Il sottoscritto			
Cognome		**Nome**	
Luogo di nascita		**Data di Nascita**	
Residente a		**Indirizzo**	
Telefono		**Email**	

☐ in qualità di familiare/amministratore di sostegno/tutore/curatore del possibile beneficiario Misura B2:

Ruolo:
Nel caso in cui la persona sia in protezione giuridica:
☐ in qualità di tutore
☐ in qualità di curatore

☐ in qualità di amministratore di sostegno

Nel caso in cui la persona sia un minore:

☐ in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in via esclusiva

☐ in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale in modo congiunto,

madre _____ (nome e cognome)

padre _____ (nome e cognome)

(N.B.: nel caso la responsabilità genitoriale sia esercitata in modo congiunto è necessario che la domanda, pur compilata da uno di essi, sia sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori del minore)

Nel caso in cui non vi sia un legale rappresentante:

☐ in qualità di coniuge

☐ in qualità di figlio

☐ altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado (indicare relazione di parentela:_____)

Si richiede una formale delega scritta da parte dell'interessato a presentare per suo conto domanda di Misura B2 (allegare delega firmata con fotocopia del documento d'identità del delegante)

CHIEDE

Di poter accedere al **Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto,** indicando i dati dell'assistente familiare impiegato con regolare contratto:

Cognome	Nome	Numero ore settimanali da contratto	Tempo determinato/indeterminato	Se tempo determinato indicare il termine del contratto

Al fine del riconoscimento del contributo della Misura B2, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1. Di essere/è residente nell'Ambito di Cinisello Balsamo (Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano, Cusano Milanino);

2. Di essere/è in possesso di certificazione d'invalidità civile del 100%;

3. ☐ di essere/è in possesso della certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)

   ☐ di beneficiare/beneficia dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980;

   ☐ in fase di accertamento, presentata in data: _____

4. Di avere regolare contratto di assistente familiare regolarmente assunta, che si allega alla presente.

5. Di essere affetto dalla seguente patologia (indicare con una X):

☐	1	Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
☐	2	Disabilità a seguito di un "evento traumatico" es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
☐	3	Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia,)
☐	4	Malattia del motoneurone
☐	5	Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
☐	6	Disabilità sensoriale
☐	7	Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
☐	8	Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
☐	9	Ritardo mentale
☐	10	Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
☐	11	Distrofie muscolari e altre miopatie
☐	12	Sclerosi Multipla
☐	13	Altro: _____

6. Di essere in possesso del seguente ISEE:

   ☐ ISEE Socio-sanitario (adulti e anziani) fino a 25.000,00 €.
   Data rilascio ISEE _____ e Valore ISEE _____

☐ ISEE Ordinario (in caso di minore con disabilità) fino a 40.000,00 €.
Data rilascio ISEE _____ Valore ISEE _____

☐ In possesso della sola DSU, datata _____

DICHIARA INOLTRE

7. Di usufruire di:

Intervento attivo	**Indicare con una X**
Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;	☐
Prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ore settimanali _____;	☐
Pasti a domicilio erogati dal Comune	☐
Prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): Indicare la motivazione di tale attivazione e l'ente erogatore: _____	☐
Frequenza diurna CSE Indicare il CSE frequentato: _____	☐ part time ☐ full time
Frequenza diurna CDD Indicare il CDD frequentato: _____	☐ part time ☐ full time
Frequenza diurna CDI Indicare il CDI frequentato: _____	☐ part time ☐ full time
Assistenza educativa scolastica	☐
Assistenza educativa domiciliare	☐
Dopo di Noi. Specificare la tipologia di sostegno: _____	☐
Pro.V.I. Specificare la tipologia di sostegno: _____	☐
Altro: _____	☐
NESSUN SERVIZIO ATTIVO	☐

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)
Telefono: 02.66.42.97.27
e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it
C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

8. Di **non** usufruire di*:

Intervento NON attivo	**Indicare con una X**
Interventi/prestazioni di carattere assistenziale erogati da Enti Previdenziali (es.: Home Care Premium)	☐
FNA Misura B1	☐
Misura RSA Aperta (se si è in possesso della misura bisognerà chiuderla prima di poter beneficiare della Misura B2)	☐
Progetto sperimentale PROVI per assistente personale regolarmente assunto	☐
Voucher anziani e disabili (reddito di autonomia)	☐
Inserimento in Servizi residenziali	☐

***Le misure/servizi qui sopra descritti sono incompatibili con la misura B2; pertanto, si chiede di indicare con una X i servizi non attivi.**

9. Che il **nucleo famigliare convivente** (del richiedente o della persona rappresentata), è composto da:

☐	1	Coniuge o convivente
☐	2	Coniuge o convivente e figlio/i minore/i
☐	3	Coniuge o convivente e figlio/i maggiorenne/i
☐	4	Coniuge o convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
☐	5	Coniuge o convivente + un genitore/ambedue genitori
☐	6	Ambedue i genitori
☐	7	Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
☐	8	Padre
☐	9	Padre + fratello/i + sorella/e
☐	10	Madre
☐	11	Madre + fratello/i + sorella/e
☐	12	Fratello/i + sorella/i
☐	13	Figlio/a/i
☐	14	Solo
☐	15	Altro

☐ Che il nucleo ha al proprio interno almeno un'altra persona invalida (allegare il certificato).

10. Che **la rete famigliare non convivente** (del richiedente o della persona rappresentata), è composta da*:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Comune di residenza

***Indicare le persone non coabitanti: genitori, coniuge, figli, fratelli e sorelle, che vivono fuori dalla propria abitazione.**

11. Di essere/è seguito dall'Assistente sociale, _____;

12. Che il Medico di Medicina Generale è il Dott. _____, numero di telefono _____, che si autorizza a contattare per richiedere informazioni utili per la definizione del progetto della misura B2;

13. che, qualora la presente richiesta di attivazione della misura B2 venga accolta, l'Azienda Speciale Insieme per il Sociale provveda a liquidare l'importo maturato mediante bonifico sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:

Istituto _____ Agenzia _____

Codice IBAN del conto corrente (27 caratteri)

_____

Intestatario _____

☐ **(in caso di soggetto minorenne)** intestato/cointestato ai seguenti genitori

Genitore A

Cognome e nome dell'intestatario del conto corrente

_____

Genitore B

Cognome e nome del cointestatario del conto corrente

_____

ovvero

☐ delegando a riscuotere per conto della persona affetta da disabilità grave e non autosufficiente (e con ciò liberando i terzi da ogni e qualsiasi responsabilità in merito) il buono che le/gli spetta in quanto titolare

il sig./la sig.a (*in questo caso è necessario presentare delega ai sensi dell'art. 21 c. 2 e art 47 D.P.R. 445/2000)*

Cognome		**Nome**	
Luogo di nascita		**Data di Nascita**	
Residente a		**Indirizzo**	
Telefono		**Email**	
Stato civile		**Codice Fiscale**	

14. che, qualora la presente richiesta di attivazione della Misura B2 venga accolta, si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano di Azienda Speciale Insieme per il Sociale qualunque fatto che implichi la sospensione o l'interruzione della misura concordata;

15. di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR 3719/2024 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B2, alle tipologie di intervento previste;

16. di essere consapevole del fatto che verranno effettuati controlli a campione sulle autodichiarazioni rese;

17. di aver preso visione dell'informativa all'utenza e di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003 Codice Privacy e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 GDPR.

ALLEGA

- ✓ **verbale di invalidità al 100%;**

Solo per i minorenni:

- ✓ **certificazione di invalidità civile con indennità di accompagnamento o indennità di frequenza**

Per tutti:

- ✓ **gravità o indennità di accompagnamento:**
  - ☐ certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)
  - ☐ certificazione indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980;
- ✓ **certificazione ISEE**
  - ☐ ISEE Socio-sanitario in corso di validità entro i € 25.000,00
  - ☐ ISEE Ordinario in corso di validità entro i € 40.000,00 solo per i minori con disabilità
- ✓ **copia IBAN;**

- ✓ **documento d'identità** e nel caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità;
- ✓ **All.3_Schede ADL/IADL compilate**
- ✓ **All.4_Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.**
- ✓ **denuncia del rapporto di lavoro, lettera di impegno all'assunzione sottoscritta dalle parti, contratto di assunzione**.

Luogo e data Firma (1) _____

(firma del dichiarante) _____

(firma dell'altro genitore esercente la potestà genitoriale) _____

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la potestà genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori.

Data _____, Cognome e Nome _____

SCHEDA ADL
ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

Indicare con una X il punteggio corrispondente l'ITEM

A	**<u>FARE IL BAGNO</u> (vasca, doccia, spugnature)**	
1	Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo).	1
2	Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso).	1
3	Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo.	0
B	**<u>VESTIRSI</u> (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)**	
1	Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza.	1
2	Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe.	1
3	Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito.	0
C	**<u>TOILETTE</u> (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)**	
1	Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino).	1
2	Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda.	0
3	Non si reca in bagno per l'evacuazione	0
D	**<u>SPOSTARSI</u>**	
1	Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore).	1
2	Compie questi trasferimenti se aiutato.	0
3	Allettato, non esce dal letto.	0
E	**<u>CONTINENZA DI FECI ED URINE</u>**	
1	Controlla completamente feci e urine.	1
2	"Incidenti" occasionali.	0
3	Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente.	0

F	**ALIMENTAZIONE**		
1	Senza assistenza.		1
2	Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane.		1
3	Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale.		0
		PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)	/6

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)
Telefono: 02.66.42.97.27
e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it
C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531

All.3_Scheda IADL

Data _____, Cognome e Nome _____

SCHEDA IADL
ATTIVITA' STRUMENTALI DI VITA QUOTIDIANA

Indicare con una X il punteggio corrispondente l'ITEM

USARE IL TELEFONO	1	Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone	1
	2	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
	3	E' in grado di rispondere al telefono, ma non compone i numeri	1
	4	Non è capace di usare il telefono	0
FARE LA SPESA	1	Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
	2	E' in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi	0
	3	Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi	0
	4	E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
PREPARARE IL CIBO	1	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
	2	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
	3	Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
	4	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0
GOVERNO della CASA	1	Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti)	1
	2	Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente	1
	3	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0
	4	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0
FARE IL BUCATO	1	Fa il bucato personalmente e completamente	1
	2	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1
	3	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0
MEZZI di TRASPORTO	1	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
	2	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1
	3	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1
	4	Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza	0

	5	Non si sposta per niente	0
ASSUNZIONE FARMACI	1	Prende le medicine che gli sono state prescritte	1
	2	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0
	3	Non è in grado di prendere le medicine da solo	0
USO DEL DENARO	1	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	1
	2	E' in grado di fare piccoli acquisti	1
	3	E' incapace di maneggiare i soldi	0
		PUNTEGGIO TOTALE	/8

Sede legale e Sede operativa: Via Azalee, 14 – 20095 Cusano Milanino (MI)
Telefono: 02.66.42.97.27
e-mail: ufficio.piano@insiemeperilsociale.it
C.F./P.IVA: 08030790961 – **REA:** MI-1998531