

**DOMANDA PER LA MISURA B2**  
**A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON**  
**AUTOSUFFICIENTI - DGR 5791/2021**

**FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (FNA) annualità 2022**

**Spett. Azienda Insieme per il Sociale**

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Documento d'Identità numero \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di diretto interessato

**OPPURE**

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati della persona)*

***Nel caso la persona affetta da grave disabilità o non autosufficiente versi in uno stato di impedimento permanente:***

in qualità di tutore

(indicare estremi del provvedimento di nomina:

\_\_\_\_\_)

in qualità di curatore

(indicare estremi del provvedimento di nomina:

\_\_\_\_\_)

in qualità di amministratore di sostegno

(indicare estremi del provvedimento di nomina:

\_\_\_\_\_)

in qualità di procuratore

(SOLO nel caso la procura lo preveda: in questo caso è necessario allegare l'atto di procura generale notarile)

Azienda Speciale dei Comuni di  
BRESCO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

**Nel caso in cui la persona sia un minore:**

- in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in via esclusiva  
 in qualità di genitore esercente la potestà genitoriale in modo congiunto,  
madre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)  
padre \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

*(N.B.: nel caso la potestà 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: \_\_\_\_\_)

Che abbia 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)

**del/la Sig./Sig.ra in qualità di persona affetta grave disabilità e non autosufficiente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il riconoscimento dello strumento di cui alla DGR 5791/2020

STRUMENTO	
Buono sociale per caregiver familiare	
Buono sociale per assistente familiare impiegato/a con regolare contratto	
Buono sociale per la vita indipendente	
Voucher sociali per la vita di relazione di minori con disabilità	
Voucher sociali che sostenga la vita di relazione di adulti ed anziani con disabilità con appositi progetti di natura socializzante e/o di supporto al caregiver.	

Al fine del riconoscimento 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

- Come diretto interessato
  - Per conto della persona rappresentata che
- 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;
- 4.
  - A. di aver/ha fatto richiesta/usufruire:
    - Misura RSA Aperta, erogata da \_\_\_\_\_;
    - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
    - Progetto sperimentale PROVI per assistente personale regolarmente assunto;
    - FNA Misura B1.
  - B. di aver fatto/ha richiesta/usufruire di:
    - Interventi/prestazioni di carattere assistenziale erogati da Enti Previdenziali (es.: Home Care Premium);
    - prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ore settimanali \_\_\_\_\_;
    - prestazioni assicurate dall' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
    - Voucher anziani e disabili (reddito di autonomia)
  - C.
    - Di non essere/è inserito in servizi residenziali
  - D. Di essere/è inserito in servizi diurni, indicare la tipologia e il tipo di frequenza (full time o part time)
    - CSE
      - part time     full time
    - CDD
      - part time     full time
    - CDI
      - part time     full time
    - ALTRO \_\_\_\_\_
      - part time     full time

E. Di usufruire/usufruisce di prestazioni di carattere educativo:

- Assistenza educativa scolastica
- Assistenza educativa domiciliare

F. Di usufruire/usufruisce di progetti personalizzati mirati al sostegno di persone disabili, attraverso il finanziamento delle misure:

- Ex. L. 162/98
- Dopo di Noi
- Progetto sperimentale PROVI

5. Che il nucleo familiare convivente (del richiedente o della persona rappresentata), è composto:

- Dal solo richiedente della Domanda B2
- Da più componenti:

nome e cognome	grado di parentela	eta'	professione	percentuale di invalidità (allegare certificato)

6. Che la rete familiare non convivente (del richiedente o della persona rappresentata), è composta da (indicare le persone non coabitanti: genitori, coniuge, figli; per persone fino a 65 anni indicare anche i fratelli e le sorelle):

nome e cognome	grado di parentela	eta'	Comune di residenza	professione	percentuale di invalidità (allegare certificato)

7. Di essere/è seguito dall'Assistente sociale, \_\_\_\_\_;



La concessione del buono ha la durata massima di 12 mesi e l'erogazione del buono avviene a cadenza mensile.

*La decadenza del beneficio è prevista nei seguenti casi:*

- 1) mancata riscossione del buono mensile entro 60 giorni dalla data di erogazione (corrispondente alla data di spedizione del mandato di pagamento);
- 2) mancato rispetto del progetto d'intervento. In tal caso l'assistente sociale referente segnala la non realizzazione degli obiettivi;
- 3) non veridicità delle dichiarazioni rese;
- 4) mancata comunicazione degli eventi che implicano la sospensione del beneficio.

***In caso di decadenza l'erogazione del buono viene immediatamente interrotta con determinazione dirigenziale e il beneficiario è tenuto a restituire (nei casi 2, 3 e 4) quanto già indebitamente introitato.***

*L'interruzione dell'erogazione del beneficio è prevista per accertata modificazione dello stato di bisogno dipendente da uno o più fattori sotto riportati:*

- Inserimento in struttura residenziale a lungo termine;
- Trasferimento in altro comune;
- Decesso della persona fragile.

*Nel caso in cui si venisse a modificare uno dei seguenti fattori:*

- modifica migliorativa situazione ISEE che faccia venire meno il requisito per il riconoscimento del buono;
- fine rapporto con l'Assistente Familiare

La comunicazione della decadenza o dell'interruzione verrà formalizzata dall'Ufficio competente di ciascun Comune, direttamente ai beneficiari.

L'erogazione della Misura B2 è **incompatibile** con:

- Accoglienza definitiva presso Unità di Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es: RSA, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
- Misura B1 (*nel caso di contestuale ed erronea erogazione di entrambe le Misure (B2 e B1) il beneficiario è tenuto a restituire l'importo corrispondente al valore del buono B2 per tutti i mesi in cui sono stati percepiti entrambi i buoni*)
- Pro.V.I. per il pagamento dell'assistente personale
- Ricovero di sollievo per totale carico del SSR
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 e e s.m.i.
- Prestazioni integrative Home Care Premium/INPS HCP per prestazione prevalente

Saranno effettuati controlli al momento del finanziamento.

11. di essere a conoscenza di quanto previsto dalla DGR 5791/2021 rispetto ai criteri previsti per il riconoscimento della Misura B2, alle tipologie di intervento previste
12. di essere consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere oltre al colloquio anche un accesso domiciliare da parte di personale dei Comuni di residenza.
13. 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;
- certificazione legge 104/92 (art.3 comma 3)
- certificazione indennità di accompagnamento;
- certificazione Isee sociosanitario in corso di invalidità (nel caso non venga allegata, la domanda risulterà non lavorabile). In caso di minore viene richiesto l'Isee ordinario in corso di validità
- contratto copia assunzione dell'assistente familiare/badante, in caso di richiesta del Buono sociale per assistente familiare;
- copia IBAN
- in caso di cittadino non comunitario, copia permesso di soggiorno in corso di validità.
- Informativa e consenso del trattamento dei dati personali

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.

# Insieme per il Sociale



Ufficio di Piano

Azienda Speciale dei Comuni di  
BRESSO – CINISELLO B. – CORMANO – CUSANO M.

Solo per le domande raccolte telefonicamente

DATI DELL'OPERATORE: \_\_\_\_\_