

Spett.le Comune di _____

Richiesta di accesso al FONDO "CAREGIVER FAMILIARE"

ANNUALITA' 2022 ESERCIZIO 2023

(DGR n.7605 del 23 Dicembre 2022 – DGR.7799 del 23 Gennaio 2023)

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
in via/piazza _____ n° _____
tel _____ e-mail _____

in qualità di CAREGIVER

del/la Sig./Sig.ra affetto/a da grave disabilità:

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. (_____) il ____/____/_____
codice fiscale _____
residente a _____ prov. (_____) cap _____
via/p.za _____ n° _____
tel _____ e-mail _____

CHIEDE

- RIMBORSO SPESE** relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:
 - Intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza familiare.
 - Intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona.
- VOUCHER** per interventi di formazione/addestramento per percorsi di sostegno e addestramento al caregiver familiare nell'attività di cura (come da elenco degli enti accreditati disponibile sul sito dell'Ambito di Dalmine);

DICHIARA

che la persona in condizioni di grave disabilità:

- È beneficiaria della misura B2
Se sì, specificare per quale beneficio _____
- E' in lista d'attesa per la misura B2
- E' in carico a servizi semiresidenziali sanitari, sociosanitari o sociali (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI,,CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno,...). Se SI, specificare quale _____ per un totale ore settimanale di _____
- è residente nel Comune dove presenta la domanda;
- si trova in condizione di gravità come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 ovvero di aver presentato domanda di richiesta di accertamento della condizione di cui all'art.3, comma 3 della L.104/1992 all'ASST di competenza oppure condizione di invalidità al 100% e beneficio dell'indennità di accompagnamento (di cui allega documentazione completa);
- individua come caregiver familiare il/la sig./ra _____ (cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare il documento di identità) Codice Fiscale _____ che dedica _____ ore al giorno alla funzione di caregiver
- si avvale di personale di assistenza (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, babysitter, educatore...) regolarmente assunto.

DICHIARA

che la persona in condizione di grave disabilità USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:

Servizi domiciliari comunali specificare quali e per quante ore _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Voucher CDI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Misura RSA aperta (ex dgr 7769/2018) eventuale data di dimissione ____/____/_____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Sostegni DOPO DI NOI_ (ex dgr 3054/2020)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

<p>Buono progetti vita indipendente specificare _____ con _____ quale _____ misura _____</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Misura bonus per assistente familiare (ex l.r. 15/2015 – DGR n. 914/2018)</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Voucher anziani al caregiver di persona non autosufficiente (ex dgr 7487/2017)</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Misura Home Care Premium/INPS specificare la tipologia di sostegno _____</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Misura B1 (ex DGR n. XI/5791/2021)</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Altri contributi economici/misure di sostegno Specificare _____</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
<p>Altri servizi specificare quali e con che frequenza _____</p>	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

- di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta **non ammissibile**;
- di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge;
- di essere consapevole ed accettare che l'accesso in graduatoria che determinerà l'ammissione o meno al beneficio, in relazione alle priorità previste nel bando e alle risorse disponibili, è subordinata alla valutazione della fragilità sociale della persona beneficiaria dell'intervento operata, anche telefonicamente, dall'assistente sociale attraverso specifici strumenti di valutazione (scheda IADL, ADL e scheda provinciale di valutazione sociale);
- di essere consapevole che il buono sociale verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento delle priorità e criteri di accesso stabiliti nel Bando;
- di impegnarsi, quale condizione indispensabile per l'erogazione del voucher a condividere e

possibilmente sottoscrivere, un progetto assistenziale individualizzato esito della valutazione concordato dall'utente/caregiver familiare con l'assistente sociale referente del caso, sulla base di quanto richiesto e della valutazione sociale operata;

- di essere consapevole che l'assistente sociale nell'arco del periodo di erogazione del buono/voucher effettuerà verifiche (tramite colloqui, visite domiciliari ecc..) relative al corretto svolgimento del progetto e che pertanto il voucher non verrà erogato se la famiglia non condivide la sottoscrizione del progetto o se viene verificata da parte dell'assistente sociale la mancata realizzazione dello stesso;
- di impegnarsi a comunicare al Servizio Sociale del Comune:
 1. l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in strutture residenziali;
 2. gli eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alla concessione del buono/voucher;
 3. l'eventuale decesso della persona beneficiaria.
- di trasmettere in allegato, ai fini dell'accREDITAMENTO del voucher sociale, gli estremi dell'Ente gestore la progettualità individualizzata condivisa;
- di comunicare, ai fini dell'accREDITAMENTO del buono, gli estremi di pagamento:

❖ conto corrente bancario n. _____ intestato a _____	
Codice Fiscale _____	
Banca _____ agenzia di _____	
IBAN _____	
Nel caso di conto corrente cointestato indicare i nominativo dei titolari e relativi codici fiscali:	
Nominativo _____ CF _____	
Nominativo _____ CF _____	

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

- I dati personali o sensibili presenti nell'istanza, sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.
- Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

- I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Luogo e data

firma del dichiarante

A tal fine **ALLEGA** :

- **copia carta identità del dichiarante**
- **SE BENEFICIARIO MISURA B2 O IN LISTA D'ATTESA MISURA B2:**
in caso di domanda per **RIMBORSO SPESE**: idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta. (Sono riconosciute le spese relative ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023).
In caso di domanda di accesso per **VOUCHER**, sarà necessario compilare il Progetto Individuale con l'Assistente Sociale del Comune di Residenza.
- **SE PERSONA NON IN CARICO A MISURA B2, NE' IN LISTA D'ATTESA E NON IN CARICO AD ALTRI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI:**
 - copia del verbale di invalidità civile da cui risulti il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o della dichiarazione di condizione di non autosufficienza ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013;
 - copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del beneficiario e del dichiarante;
 - copia del contratto relativo al personale di assistenza
In caso di domanda per **RIMBORSO SPESE**: idonea documentazione fiscale (fattura/ricevuta) comprovante la spesa sostenuta. (Sono riconosciute le spese relative ad interventi forniti dal 01/01/2023 al 31/12/2023).
In caso di domanda di accesso per **VOUCHER**, sarà necessario compilare il Progetto Individuale con l'Assistente Sociale del Comune di Residenza.

Descrizione sintetica della situazione (a cura dell'assistente sociale del Servizio Sociale del Comune di residenza)

Luogo e data

L'assistente sociale