

All. A1 all'Avviso –Istanza di prosecuzione dei progetti in essere e conferma mantenimento requisiti Misura Sostegno e Misura Servizi FNA 2025-2027 (già Misura B2)

MODULO PER CITTADINI GIÀ BENEFICIARI DELLA MISURA B2 2025



Al Comune di _____

ISTANZA DI PROSECUZIONE

DELLE PROGETTUALITÀ IN ESSERE E CONFERMA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI PER LA MISURA SOSTEGNO E LA MISURA SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (DGR XII/6320/2026 - PROGRAMMAZIONE FNA 2025-2027)

GIA' IN CARICO ALLA MISURA B2 – 2025

Attenzione: la presente istanza di prosecuzione può essere utilizzata esclusivamente per richiedere la prosecuzione degli interventi finanziati nella progettualità B2 2025. In particolare, qualora siano stati finanziati solamente i Contributi Economici Mensili (BUONI/ASSISTENZA INDIRETTA) e NON gli Interventi Integrativi Sociali (Assistenza diretta), si potrà richiedere esclusivamente la continuità sulla MISURA SOSTEGNO.

Se sono intervenuti cambiamenti significativi o se il beneficiario richiede una modifica sostanziale degli obiettivi, degli interventi o del sistema di sostegno previsto dal progetto precedente, è necessario presentare ISTANZA DI NUOVO ACCESSO secondo quanto previsto dall'Avviso (modulo Allegato A2).

Il sottoscritto:

DATI PERSONALI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in via/P.za _____ a _____
Domiciliato in via/P.za _____ a _____
Recapito Telefonico _____
Eventuale indirizzo e-mail _____

Genere: ☐ M ☐ F Occupazione _____
Stato Civile: ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a o Unito/a Civilmente ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Stato libero

In qualità di

- ☐ Beneficiario;
- ☐ Appartenente alla famiglia del beneficiario – in qualità di _____;
- ☐ Tutore/Curatore/ procuratore/Amministratore di sostegno del beneficiario
(Decreto n. _____ del _____ Tribunale di _____);

IN FAVORE DI

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (SE DIVERSO DAL RICHIEDENTE)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice fiscale _____
Residente in via/P.za _____ a _____
Recapito Telefonico _____
Eventuale indirizzo e-mail _____
Genere: ☐ M ☐ F Occupazione _____
Stato Civile: ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a o Unito/a Civilmente ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a ☐ Stato libero

CHIEDE

LA CONTINUITÀ DEL PROGETTO INDIVIDUALE IN ESSERE

e in particolare la prosecuzione della medesima tipologia di intervento/progetto individuale già attivo

RIFERIMENTI DELLA PROGETTUALITÀ IN CONTINUITÀ

Beneficiario inserito in graduatoria: ☐ Minori ☐ Adulti ☐ Anziani
Tipologia di intervento da confermare (Barrare esclusivamente l'intervento o gli interventi già previsti e finanziati nella progettualità precedente che si intendono confermare):
☐ Misura Sostegno (Interventi di assistenza indiretta/buono caregiver familiare, buono personale di assistenza, buono progetti di vita indipendente)
☐ Misura Servizi (Interventi di assistenza diretta/servizi integrativi).

- Se si richiede continuità per il **Contributo caregiver familiare** e il caregiver **è convivente**, compilare la tabella sottostante:

INFORMAZIONI RELATIVE AL CAREGIVER FAMILIARE ¹ CONVIVENTE				
Cognome e Nome	Codice fiscale	Convivente	n. ore GIORNALIERE di assistenza	Mansioni
Assistenza per: ☐ Igiene personale e continenza ☐ Alimentazione ☐ Mobilità ☐ Gestione terapia ☐ Supporto sociale e alla comunicazione				
Grado di parentela _____				
Data di nascita _____				
Occupazione _____				
Disponibilità di rete di supporto ☐ SÌ ☐ NO				
In caso di sua assenza, eventuale sostituzione temporanea del caregiver con operatore professionale ☐ SÌ ☐ NO				

- Se si richiede continuità per il **Contributo caregiver familiare** e il caregiver **NON è convivente**, compilare la tabella sottostante:

INFORMAZIONI RELATIVE AL COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL CAREGIVER				
N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				

¹ Il **Caregiver familiare** come individuato dall' art. 1, comma 255 della legge del 30 dicembre 2017, n. 205 è "la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18", che si dedica, in modo continuativo e programmato, all'assistenza quotidiana del proprio congiunto.

- Se si richiede continuità per il **Contributo personale di assistenza** regolarmente impiegato, compilare la tabella sottostante:

INFORMAZIONI RELATIVE AL PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO				
Cognome e Nome	Nazionalità	Qualificato	n. ore GIORNALIERE di assistenza	Mansioni
		☐ SÌ ☐ NO		
		☐ SÌ ☐ NO		
		☐ SÌ ☐ NO		

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, sotto la propria responsabilità;

DICHIARA

- ☒ di aver preso visione dell'Avviso pubblico per la prosecuzione delle progettualità in essere e nuovi accessi alla Misura Sostegno e alla Misura Servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti a basso bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato DGR n. XII/6320/2026 – Programmazione FNA 2025-2027 (già Misura B2);
- ☒ di confermare la permanenza al domicilio del beneficiario;
- ☒ di essere stato beneficiario di una progettualità effettivamente finanziata nell'ambito della precedente Misura B2 2025;
- ☒ che il beneficiario NON beneficia di interventi incompatibili con la prestazione richiesta secondo quanto previsto dall'Avviso pubblico;
- ☒ che il beneficiario NON utilizza altre risorse pubbliche per finanziare la medesima prestazione, intervento o spesa riconosciuta nell'ambito della Misura Sostegno o della Misura Servizi;
- ☒ che il beneficiario NON è stato preso in carico dal 1° luglio 2026 al momento della presentazione dell'istanza, con la Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- ☒ che il beneficiario NON è accolto in via definitiva presso unità d'offerta residenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità, CA e Strutture residenziali di salute mentale) anche in casi di completa solvenza;
- ☒ di NON AVER beneficiato, dal 1° luglio 2026 al momento della presentazione dell'istanza, di un numero di giorni di ricovero di sollievo superiore ai termini indicati nell'Avviso pubblico sopra indicato;
- ☒ SOLO per la MISURA SOSTEGNO nella forma del contributo per l'assistente familiare, che il beneficiario NON ha usufruito dal 1° luglio 2026 al momento della presentazione dell'istanza, e non usufruisce tuttora di Home Care premium/ INPS HCP;

☒ SOLO per la MISURA SOSTEGNO, il beneficiario NON ha usufruito dal 1° luglio 2026 al momento della presentazione dell'istanza, e non usufruisce tuttora della quota di contributo prevista della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;

☒ SOLO per la MISURA SOSTEGNO, che il beneficiario NON ha beneficiato dal 1° luglio 2026 al momento della presentazione dell'istanza, e non beneficia contemporaneamente della Misura Sostegno rivolta alle persone anziane non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale o alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1);

☒ di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ai servizi sociali del Comune di residenza, entro dieci giorni dall'evento stesso;

ATTENZIONE

LE SEGUENTI OPZIONI DEVONO NECESSARIAMENTE ESSERE BARRATE PER POTER OTTENERE LA PROSECUZIONE DELLE MISURE, ALTRIMENTI, PRESENTARE ISTANZA DI NUOVO ACCESSO (ALL. A2)

☐ di confermare il mantenimento dei requisiti di accesso richiesti dal sopra citato Avviso pubblico: **SE NON BARRATO, PRESENTARE ISTANZA NUOVO ACCESSO (ALL. A2);**

☐ di confermare il sistema di assistenza e cura descritto nel Progetto Individuale e che non intende modificare la tipologia di contributo/intervento rispetto a quella finanziata nel 2025: **SE NON BARRATO, PRESENTARE ISTANZA NUOVO ACCESSO (ALL. A2);**

☐ di confermare il progetto attivato e sottoscritto nell'annualità precedente: **SE NON BARRATO, PRESENTARE ISTANZA NUOVO ACCESSO (ALL. A2);**

INOLTRE, DICHIARA:

Che il beneficiario

☐ NON risulta

☐ risulta

preso in carico presso un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale (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 ex DGR n. 3239/2012).

➤ Se risulta preso in carico, indicare n. ore settimanali _____, ente gestore e servizio _____

Rispetto alla precedente valutazione, che:

☐ non sono intervenute variazioni;

OPPURE

☐ sono intervenute le seguenti **variazioni NON SIGNIFICATIVE** nelle condizioni personali, familiari, sociali, sanitarie o assistenziali del beneficiario, che NON MODIFICANO sostanzialmente il bisogno rilevato in sede di precedente valutazione multidimensionale e non rendono necessaria una nuova valutazione né la revisione del progetto:

☐ Nuovo caregiver familiare:

Nome _____ Cognome _____ per n. _____ ore settimanali

☐ Nuovo assistente personale:

Nome _____ Cognome _____ per n. ____ ore settimanali

☐ Nuova residenza in:

via/p.za _____ N° _____ Comune _____ Prov. (____)
CAP _____

☐ Nuovi contatti per le comunicazioni

Nominativo _____ indirizzo _____ e-mail _____
tel. _____

☐ Cambio dei dati relativi all'IBAN:

Intestatario conto corrente (*il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante. Nel caso di beneficiari minori, il c/c deve essere intestato o cointestato al genitore*):

Codice fiscale intestatario c/c: _____

CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ e/o ALTRE VARIAZIONI di seguito indicate:

N.B. Eventuali variazioni dichiarate saranno valutate dal Servizio Sociale del proprio Comune di Residenza ai fini della verifica della loro rilevanza rispetto alla prosecuzione del progetto.

di essere in possesso di **attestazione ISEE in corso di validità** al momento della presentazione della domanda, secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi:

☐ VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE: € _____

☐ VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE (NUCLEO RISTRETTO): € _____

☐ in caso di non possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità, che la farà pervenire entro il **23 ottobre 2026** pena l'inammissibilità della domanda;

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)

- ☐ Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- ☐ Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- ☐ Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni sociosanitarie (ISEE nucleo ristretto) in corso di validità del beneficiario;
- ☐ Eventuale documentazione sanitaria se modificata;
- ☐ Eventuale documentazione comprovante le variazioni intervenute rispetto alla situazione precedente;
- ☐ Altro, Specificare: _____

Data e Luogo _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno _____

**DICHIARAZIONE
DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiara di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy *"Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51"* correlata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce, il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data e Luogo _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno _____