

MODULO PER CITTADINI IN NUOVO ACCESSO



Al Comune di _____

ISTANZA DI NUOVO ACCESSO

ISTANZA DI NUOVO ACCESSO 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 XII/6320/2026 - PROGRAMMAZIONE FNA 2025-2027, GIÀ MISURA B2)

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;

Oppure

☐ 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 _____
Domicilio 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 CONCESSIONE DELLA SEGUENTE MISURA

☐ MISURA SOSTEGNO - CONTRIBUTI ECONOMICI MENSILI (GIÀ BUONI / ASSISTENZA INDIRETTA)

Gli interventi previsti alla lettera a), b), c) sono alternativi tra loro e non sono cumulabili.

- ☐ a) CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER CAREGIVER FAMILIARE
☐ b) CONTRIBUTO ECONOMICO MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO
☐ c) ASSEGNO DI AUTONOMIA (contributo mensile)

☐ MISURA SERVIZI - INTERVENTI INTEGRATIVI SOCIALI (ASSISTENZA DIRETTA)

Gli interventi di assistenza diretta sono compatibili con la Misura Sostegno nei limiti in cui non si determini sovrapposizione o duplicazione di finanziamenti per la medesima prestazione, secondo quanto previsto dal Progetto Individuale.

a) Interventi a supporto e sollievo ai caregiver familiari:

- ☐ prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio;
☐ ricovero temporaneo di sollievo.

b) Progettualità di benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente:

- ☐ prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona anziana non autosufficiente e della persona adulta con disabilità;
☐ prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona minorenni con disabilità in contesti socializzanti.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli art. 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

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 possedere i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;

☒ di confermare la permanenza al domicilio del beneficiario;

☒ che il nucleo familiare proprio/del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

☒ che il beneficiario acconsente alla valutazione sociale/multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'avviso pubblico;

☒ che il richiedente 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 preso in carico 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 beneficiare, 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 usufruisce di Home Care premium/ INPS HCP;
- ☒ SOLO per la MISURA SOSTEGNO, il beneficiario NON usufruisce 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 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;

INOLTRE, DICHIARA

☐ che il beneficiario NON è <u>preso in carico presso un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale</u> (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)
OPPURE
☐ che è <u>preso in carico presso un servizio semiresidenziale sanitario, sociosanitario o sociale</u> per un numero di ore settimanali inferiore a 18 , presso il servizio denominato _____, per n. ore settimanali ____
☐ SOLO per richiesta della MISURA SOSTEGNO - CONTRIBUTO PER CAREGIVER FAMILIARE ¹ , che l'assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare (come definito dall'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017 n. 205) Cognome _____ Nome _____ per n. ____ ore settimanali;
☐ 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;

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.

Nel caso di accoglimento della domanda e ai fini dell'erogazione dei benefici economici, il sottoscritto dichiara i seguenti dati:

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

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

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;
- ☐ Documentazione attestante una delle condizioni di accesso previste dal punto 1 dell'Avviso (es. verbale art. 3, comma 3, L. 104/1992, riconoscimento dell'indennità di accompagnamento/non autosufficienza o certificazione della condizione di disabilità ai sensi del D.Lgs. 62/2024);
- ☐ Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;
- ☐ Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;
- ☐ Copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro ed eventuale copia fotostatica del contratto di lavoro (limitatamente alle misure che prevedono la presenza di personale di assistenza).

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 _____