

Al Comune di _____

ISTANZA DI VALUTAZIONE AI SENSI DELLA DGR 7856/2018

Il sottoscritto Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

Ovvero di

FAMILIARE (Grado di parentela) o CONVIVENTE _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig. Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ Sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

E-mail _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare _____

(Nome, cognome, grado di parentela, recapito telefonico)

CHIEDE

Di essere sottoposto a valutazione per l'erogazione degli interventi di cui alla DGR 7856/2018 MISURA B2

ALL.1 Linee operative territoriali del Distretto di Lecco per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2017- DGR n. 7856 del 12.02.2018 Misure B2 anno 2018

DICHIARA

di aver presentato istanza di valutazione nell'anno 2017 e di aver usufruito delle prestazioni e/o interventi di cui alla DGR 5940/2016

di aver presentato istanza di valutazione nell'anno 2017 e di NON aver usufruito delle prestazioni e/o interventi di cui alla DGR 5940/2016

di aver attualmente ancora in corso interventi finanziati con risorse della DGR 5940/2016

di aver presentato istanza di valutazione per la misura B1 di cui alla DGR 7856/2018

di impegnarsi a segnalare l'eventuale accesso ad analoghe prestazioni erogate nel quadro degli interventi previsti dal REI

DICHIARA

- Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

Ente erogatore _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

* operatore _____ n. accessi mensili _____

**indicare figura professionale (es. medico, infermiere, fisioterapista, dietista)*

- Di essere in carico al Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune di _____

N. accessi settimanali _____

Assistente Sociale di riferimento _____

(cognome, nome e recapito telefonico)

- Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

CDD CSE SFA CDI altro _____

- L'assistenza è garantita da:

familiare _____ n. ore giornaliere _____

(cognome, nome e rapporto di parentela)

non familiare: assistente personale tempo pieno

assistente personale tempo parziale: ore giornaliere _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che l'ATS ed il Comune, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potranno procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n° 445/2000.

Data ____/____/____

Firma _____

**Distretto di Lecco****CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art. 4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data ____/____/____

Firma

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALL'ISTANZA**(se già presentata nel 2017 e non vi sono state modifiche)**

- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità
- ☐ Scheda sociale ridotta, All.5 BIS a cura del Servizio Sociale comunale

Per le situazioni che presentano modifiche rispetto al 2017 dovrà integrata oltre all'ISEE in corso di validità unicamente la documentazione che attesta tali modifiche

NUOVE ISTANZE: DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità
- ☐ Documento d'Identità dell'assistito
- ☐ Tessera Sanitaria dell'assistito
- ☐ Verbale di invalidità civile. Riconoscimento dell'indennità di accompagnamento oppure art. 3 comma 3 L.104/92
- ☐ Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra (all.2 delle Linee operative locali)
- ☐ Eventuale altra documentazione sanitaria
- ☐ Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale
- ☐ Scheda sociale (All.5 delle Linee operative locali) a cura del Servizio Sociale comunale
- ☐ Scale di valutazione ADL e IADL (All.3 e 4 delle Linee operative locali) a cura del Servizio Sociale comunale



SCHEDA INTERVENTI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ ad
 integrazione dell'istanza di valutazione presentata

CHIEDE

Sulla base della DGR 7856/2018 – Allegato B, e delle Linee operative territoriali del Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate) per l'attuazione integrata degli interventi in favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2017 DGR n. 7856 del 12.02.2018 Misura B2

l'accesso a:

- A. *buono sociale mensile a sostegno delle prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare;*
- B. *buono sociale mensile finalizzato all'acquisto di prestazioni da assistente familiare assunto con regolare contratto;*
- C. *buono sociale mensile per progetti di Vita Indipendente finalizzati all'acquisto di prestazioni da assistente personale impiegato con regolare contratto;*
- D. *voucher sociale in favore di minori disabili per la realizzazione di progetti complessivi di presa in carico e/o interventi specifici a sostegno della vita di relazione.*

Data e luogo _____

Firma _____

Estratto di informativa relativa alla Privacy

I dati raccolti potranno essere comunicati, anche con strumenti informatici, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ai soggetti erogatori del servizio, oltre che al Comune di residenza, all'Ufficio di Piano, all'ATS Brianza, all'ASST territorialmente competente e a Regione Lombardia. L'informativa integrale sul trattamento dei dati personali è disponibile sui siti istituzionali dei diversi Enti che partecipano all'erogazione dei servizi.

Data e luogo _____

Firma _____