



Ente Gestore  
COMUNITÀ MONTANA  
VALTELLINA DI MORBEGNO  
Viale Stelvio n. 23/A - 23017 Morbegno (So)  
C.F. 91000680149

UFFICIO DI PIANO MORBEGNO  
5° Piano Distretto Socio-Sanitario ATS  
Via Martinelli n.13 - 23017 Morbegno (So)



## DOMANDA FONDO NON AUTOSUFFICIENZE (FNA) - MISURA B2 Annualità 2023/Esercizio 2024

PRATICA ID	PROTOCOLLO
<hr/>	n. _____  del _____

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

in qualità di  DIRETTO INTERESSATO

oppure 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./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ACCEDERE AD UNO DEI SEGUENTI SOSTEGNI PREVISTI DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZE**

<input type="checkbox"/>	BUONO SOCIALE MENSILE PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO (Badante)
<input type="checkbox"/>	BUONO SOCIALE MENSILE PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO (Badante) <b>in continuità con l'anno precedente</b>

**OPPURE**

<input type="checkbox"/>	BUONO SOCIALE MENSILE PER L'ASSISTENZA DAL CAREGIVER FAMILIARE
<input type="checkbox"/>	VOUCHER INTERVENTI SOCIALI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA DOMICILIARE per <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 2.1) Prestazioni socioassistenziali/tutelari a domicilio (es. SAD)</li> <li><input type="checkbox"/> 2.2) Ricovero di sollievo in struttura residenziale</li> <li><input type="checkbox"/> 2.3) Prestazioni socioeducative/educative a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo"                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Frequenza centri estivi per minori</li> </ul> </li> </ul>

**Il BUONO CAREGIVER e il VOUCHER sono strumenti cumulabili, possono essere richiesti entrambi**

**CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' PENALI CHE SI ASSUME AI SENSI DELL'ART. 76, DPR 445/2000 E S.M.I., PER FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**DICHIARA<sup>1</sup>**

<b>DI ESSERE ASSISTITO/A PRESSO IL DOMICILIO IN MANIERA CONTINUATIVA DA</b>	
_____	
<i>(cognome e nome di chi presta assistenza)</i>	
_____	_____
<i>(luogo e data di nascita)</i>	<i>(comune di residenza)</i>
<b>in qualità di</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Caregiver familiare</b> <i>(incluso nel nucleo anagrafico)</i>	<input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<i>(grado di parentela)</i> _____	
N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____	
<input type="checkbox"/> <b>Assistente personale con contratto</b>	
N. ore giornaliere di assistenza _____ per un totale di n. ore settimanali _____	

Che la composizione del nucleo familiare del richiedente (beneficiario/a) è la seguente

Nominativo	Grado parentela	Età	Professione

<sup>1</sup> **Barrare le caselle che interessano e compilare la dichiarazione relativa in ogni sua parte**

- di avere GRAVI LIMITAZIONI della capacità funzionale che compromettono significativamente l'autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana;
- di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a con invalidità civile 100% e con diritto all'indennità di accompagnamento (o solo accompagnamento in caso di minori) di cui alla legge 18/1980 e s.m.i. con L. 508/1988, pari ad € \_\_\_\_\_ ;

**OPPURE**

- possedere certificazione di condizione di gravità accertata ai sensi art. 3, comma 3 legge 104/1992;
- di possedere attestazione **ISEE in corso di validità di €** \_\_\_\_\_

**LA PERSONA DISABILE GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTE**

**DICHIARA CHE**

- non è in carico alla Misura RSA Aperta (ex DGR 7769/2018)
- non è beneficiario della Misura B1
- non è accolto definitivamente presso Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, Hospice, ecc.)
- non percepisce contributo PRO.VI. per onere assistente personale regolarmente impiegato
- non usufruisce al momento di ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- non beneficia di Home Care Premium/INPS HCP con prestazione prevalente
- non beneficia di altri interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. DOPO DI NOI, Home Care Premium/INPS con prestazione integrativa, ecc.): \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE CHE USUFRUISCE DEI SEGUENTI SERVIZI**

- ricovero di sollievo RSA/RSD
- assistenza domiciliare integrata (ADI), per n. \_\_\_\_\_ accessi mensili
- servizio di assistenza domiciliare (SAD), per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
- sostegno DOPO DI NOI
- misura Case Management (ex DGR 392/2013)
- servizi prima infanzia/scuola dell'infanzia/scuola primaria/scuola sec. I grado/ scuola sec. II grado
- frequenta uno dei servizi diurni sociosanitari o sociali come di seguito specificato:
  - centro socio educativo (CSE)
  - centro diurno disabili (CDD)
  - servizio formazione all'autonomia (SFA)
- riabilitazione ambulatoriale
- riabilitazione domiciliare
- sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- prestazioni integrative HOME CARE PREMIUM
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DICHIARA INFINE**

- di aver preso visione del Bando FNA - Misura B2 e di accettarne le condizioni;
- di accettare la valutazione multidimensionale (VDM) finalizzata all'a seguito della quale sarà redatto il Progetto Individuale (PI);
- di essere consapevole che la quantificazione e l'impiego delle risorse economiche saranno definiti nel Progetto Individuale (PI);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ufficio di Piano qualsiasi variazione riguardante eventuale ricovero in strutture residenziali, cessazione del contratto di lavoro con l'assistente personale, decesso, passaggio alla Misura B1, eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dal bando FNA 2023/esercizio 2024;

- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano, ai sensi del D.Lgs. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato ISEE, sarà revocato ogni beneficio, effettuato il recupero delle somme corrisposte e sarà inoltrata denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano può procedere in ogni momento alla verifica del rispetto degli impegni assunti dal soggetto responsabile dell'accudimento (familiare o assistente personale) e dell'adeguata assistenza fornita e che l'erogazione sarà sospesa qualora venissero rilevati incuria e/o abbandono del soggetto fragile;
- di aver preso atto dell'informativa privacy della Comunità Montana Valtellina di Morbegno è disponibile sul sito istituzionale: <https://www.cmmorbegno.it/zf/index.php/privacy/index/privacy>.

#### **PRENDE ATTO DELLE MODALITA' DI ACCREDITO IN CASO DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO SOCIALE**

- per ragioni di tracciabilità, non è possibile indicare come modalità di pagamento contanti, libretti postali o carte prepagate (*l'unica carta di credito emessa dalle POSTE e abilitata per l'accredito è POSTEPAY EVOLUTION*);
- il contributo spettante sarà accreditato esclusivamente **su corrente Bancario/Postale intestato o cointestato al beneficiario della misura.**

**Nel caso di minori il contributo potrà essere accreditato su IBAN intestato**

Genitore (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_

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

- è necessario allegare **Attestazione titolarità conto corrente/stampa IBAN dell'istituto bancario/postale.**

#### **ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA (in fotocopia)**

- Carta d'identità del beneficiario e di chi eventualmente compila la domanda
- Attestazione ISEE in corso di validità
- Verbale invalidità civile (*con diagnosi*)
- Certificazione della condizione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3 comma 3, Legge 104/1992
- Attestazione titolarità conto corrente oppure stampa dell'istituto bancario/postale dell'IBAN del beneficiario
- Schede di valutazione ADL e IADL
- Per richiesta del buono assistente personale:**
  - Contratto di assunzione dell'assistente personale **per almeno 25 ore settimanali**
  - Ultimo versamento INPS relativo ai contributi per l'assistente familiare, ovvero copia denuncia INPS se il contratto è stato stipulato di recente
- Per i minori che richiedono il voucher per la frequenza del centro estivo allegare l'iscrizione**

\_\_\_\_\_  
L'Ufficio di Piano si riserva la possibilità di richiedere ulteriori integrazioni della documentazione

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma