

AL COMUNE DI

FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2021

Domanda per l'accesso alle Misure previste dalla DGR 4138/2020 (Misura B-2)

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME E NOME _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL _____

@MAIL _____

RAPPORTO CON IL BENEFICIARIO _____

CHIEDE

l'accesso alla misura prevista dal Fondo Non Autosufficienza per l'anno 2021:

A1 - Buono sociale mensile - assistenza assicurata dei care givers	
A2 - Buono sociale mensile - integrazione per assistenza assicurata da parte di assistenti familiari retribuite	
B - Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	
C - Interventi per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità	

in favore di

BENEFICIARIO (qualora diverso dal richiedente)

COGNOME E NOME _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL: _____

CODICE FISCALE | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, che:

Diagnosi _____

Certificazione invalidità: _____%

Attestazione dell'art. 3, comma 3 della L. 104 SI NO

Indennità di accompagnamento: SI NO

ISEE:

Presentazione DSU in data

Barrare con X la condizione:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO			
01 - Coniuge/convivente		06 - Ambedue i genitori	11 - Madre + fratello/i + sorella/e
02 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i		07 - Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e	12 - Fratello/i + sorella/i
03 - Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i		08 - Padre	13 - Figlio/a/i
04 - Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i		09 - Padre + fratello/i + sorella/e	14 - Solo
05 - Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori		10 - Madre	15 - Altro _____

TIPOLOGIA DI CARE GIVER			
01 - Coniuge/convivente		05 - Padre	08 - Cugino/a
03 - Figlio/a/i		06 - Madre	09 - Nuora/Genero
04 - Ambedue i genitori		07 - Fratello/i + sorella/i	10 - Cognato/a
11 - Zio/a		12 - Nessuno	13 - Altro * _____

* Per assistente familiare barrare 13 - Altro

Che il CARE GIVER è: _____
(cognome e nome)

CONDIZIONE DEL CARE GIVER			
01 - disoccupato		02 - casalinga	03 - pensionato
04 - casalinga		05 - cassaintegrato a 0 ore	06 - in mobilità
07 - lavoratore part time max 20 ore		08 - lavoratore a tempo pieno	09 - Altro

- Che è presente un ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO per almeno 15 ore settimanali e assunto con regolare contratto per n. ore settimanali complessive

TIPOLOGIA DI ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO			
01 - Assistente Personale convivente 24 h		02 - Assistente Personale tempo pieno (min 7 ore die)	03 - Assistente Personale tempo parziale (tra 3 e 6 ore die)
04 - Altro _____		05 - Nessuno	

Il beneficiario:

- Frequenta Unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie (CDD - CDI) o sociali (CSE - SFA) o altri interventi sperimentali continuativi (palestre per vita indipendente, attività sperimentali ai sensi della L. 112, Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017) SI NO
(prevede la riduzione del 50% del valore del buono)

Motivi di esclusione per incompatibilità:

- Beneficia della Misura Bonus regionale per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015 SI NO
- Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 SI NO
- PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato SI NO

- Utilizza altri servizi:

01 - Ricovero di sollievo RSA/RSD	02 - ADI	03 - SAD compreso di servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ...)
04 - Sostegno "Dopo di noi"	05 - Misura Case Management ex DGR 392/2013 (autismo)	06 - servizi prima infanzia/scuola
07 - CSE (fino 14 ore settimanali)	08 - CDD (fino 14 ore settimanali)	09 - CDI (fino 14 ore settimanali)
10 - Riabilitazione Ambulatoriale	11 - Riabilitazione domiciliare	12 - Sperimentazione Riabilitazione Minori ambul.
13 - Voucher anziani al care giver familiare DGR 7487/2017	14 - prestazioni Home Care Premium	15 - Altro: -
16 - Nessuno		

Il beneficiario ha già ricevuto negli anni precedenti interventi le seguenti Misure del FNA:

- NO - Nessuna
- SI - interventi per persona affetta da malattia del motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate
- SI - buono sociale per progetti di vita indipendente
- SI - altri strumenti della misura

