**Allegato A)**

**BANDO 2025 PER L’EROGAZIONE INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA E INDIRETTA A FAVORE**

**DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DI PERSONE**

**IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO (MISURA B2).**

**FNA ANNUALITÀ 2024 – ESERCIZIO 2025**

**MODULO DI RICHIESTA**

**Tipo di progetto richiesto:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | buono sociale mensile per caregiver familiare |
|  | buono sociale mensile per personale di assistenza regolarmente impiegato |
|  | strumenti di assistenza diretta |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | | |
| nato/a a |  | il |  |
| residente a |  | in via/piazza |  |
| Codice Fiscale |  | | |
| Telefono/cellulare |  | | |
| E-mail |  | | |

in qualità di (barrare l’opzione interessata):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | beneficiario |  | genitore/familiare |
|  | tutore/curatore/amministratore di sostegno |  | caregiver |

**Chiede che venga erogato un BUONO o uno STRUMENTO DI ASSISTENZA DIRETTA relativo al BANDO FNA 2025 a favore di:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome |  | | |
| nato/a a |  | il |  |
| residente a |  | in via/piazza |  |
| Codice Fiscale |  | | |
| Telefono/cellulare |  | | |

Il beneficiario:

|  |  |
| --- | --- |
|  | è persona già in carico (ovvero beneficiaria) alla misura B2 con annualità precedente |
|  | è persona di nuovo accesso |

**Estremi dell’eventuale pagamento:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | il buono sociale mensile per caregiver familiare/per personale di assistenza regolarmente impiegato dovrà essere erogato su conto corrente della banca/posta *(indicare la filiale)* | | |
|  |  | intestato a |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN (27 caratteri) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | voucher per strumenti di assistenza diretta pari a | | € |
|  | dovrà essere assegnato all’Ente |  | |

**Incompatibilità:**

Si ricorda che l’erogazione della Misura B2 è incompatibile con:

* accoglienza definitiva presso unità d’offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* Misura B1;
* ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (es. RICOVERO OSPEDALIERO);
* contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
* presa in carico con misura RSA aperta (ex DGR n. 7769/2018);
* Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs. 29/2024 (per anziani non autosufficienti);
* Home Care Premium/INPS HCP.

Il verificarsi di una delle condizioni di incompatibilità sopra citate comporta la sospensione/decadenza dal beneficio.

**È onere di colui che presenta la domanda** **informare l’assistente sociale del Comune di residenza del beneficiario circa l’eventuale modifica dei requisiti d’accesso**.

Qualora si rilevino irregolarità, si procederà alla dichiarazione della decadenza del beneficio ed al recupero della somma erogata.

**ALLEGATI:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | copia fotostatica della carta d’identità e del codice fiscale del beneficiario e del richiedente; |
|  | per i minori, attestazione I.S.E.E. ordinario in corso di validità; |
|  | per adulti e anziani, attestazione I.S.E.E. sociosanitario in corso di validità; |
|  | verbale di accertamento dell’invalidità civile, delle condizioni visive e della sordità (art. 20 l. 3 agosto 2009, n. 102), dal quale emerga il riconoscimento dell’Indennità di Accompagnamento (L. 18/1980 e successive modifiche L. 508/1988); |
|  | commissione medica per l’accertamento dell’handicap, dal quale emerga il riconoscimento della gravità secondo l’art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992; |
|  | stato di famiglia o dichiarazione sostituiva di certificazione della residenza e dello stato di famiglia; |
|  | decreto di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno (se presente); |
|  | preventivo dei costi di realizzazione dello strumento di assistenza diretta (per lo strumento C); |
|  | contratto di assunzione assistente familiare regolarmente impiegato (per lo strumento B); |
| ☐ | copia dell’IBAN del conto corrente bancario / postale. |

**Informativa ai sensi del D.lgs del 30 giugno 2003 n. 196 - “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dal Regolamento Europeo UE 679/16.**

Si informa la S.V. che i dati personali sopra riportati sono utilizzati per la concessione della prestazione sociale richiesta e sono utilizzati con modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo. Il conferimento dei dati è necessario ai fini dell’ottenimento della prestazione sociale richiesta e un eventuale rifiuto da parte della S.V. impedisce di dar seguito alla presente richiesta.

Il trattamento è realizzato secondo le prescrizioni stabilite dal D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e s.m.i., nonché dal Regolamento Europeo attraverso l’ausilio di strumenti informatici ed è svolto da personale comunale. La S.V. ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i suoi dati e come vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al trattamento.

Titolare del trattamento è l’Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona Valle Imagna – Villa d’Almè.

Il Data Protection Officer – DPO – individuato dall’Azienda CSA COESI nella persona dell’incaricato Giorgio Balossi, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: [dpo@ascimagnavilla.bg.it](mailto:dpo@ascimagnavilla.bg.it); telefono: 0350063511.

Dei dati forniti possono venire a conoscenza i soggetti preposti alla pratica, in qualità di incaricati del trattamento.

Luogo e data Il dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_