

Amministrazione destinataria


 offertasociale

Ufficio destinatario

Domanda di accesso alla misura B2

misura a favore delle persone con disabilità grave o in condizione di non autosufficienza – Misura B2

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno
Provincia	Comune			Scala	Piano
					SNC <input type="checkbox"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Soggetto interessato

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno
Provincia	Comune			Scala	Piano
					SNC <input type="checkbox"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

CHIEDE

la valutazione al fine di accedere agli strumenti previsti dalla Misura B2

- buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza dal caregiver familiare (100,00 €)
- buono sociale mensile per assistente familiare (da 400,00 € a 800,00 €)
- buono sociale mensile per assistente familiare senza caregiver come assegno di autonomia (da 400,00 € a 800,00 €)
- interventi integrativi sociali - voucher (servizi per un importo massimo di 5.000,00 €)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- che il possibile beneficiario vive nelle seguenti condizioni

Condizione

- con il caregiver
 con l'assistente familiare
 con il caregiver e l'assistente familiare
 solo

- il riconoscimento della seguente certificazione di invalidità civile 100% o con condizione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3 della Legge 05/02/1992, n. 104

- di essere in possesso dell'attestazione ISEE

Tipologia di ISEE

- sociosanitario o sociosanitario per nucleo ristretto in corso di validità

Importo

Data di rilascio

Numero di protocollo

€

- ordinario (solo per minori) in corso di validità

Importo

Data di rilascio

Numero di protocollo

€

DICHIARA INOLTRE

- di aver fruito della misura B2 ai sensi della DGR 1669/23 attraverso l'intervento di buono sociale assistente familiare o dei servizi integrativi sociali (voucher)
- di non essere attualmente beneficiario della Misura B1 ai sensi della DGR 7751/22
- di aver presentato per l'anno 2025 domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza – ai sensi della DGR 3719/24 – MISURA B1
- di non essere in carico alla misura RSA APERTA ex dgr 7769/2018
- di non beneficiare di contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato
- che la situazione del candidato è compatibile con i Criteri distrettuali approvati nelle Linee operative- Misura B2 – DGR 3719/24 reperibili sui canali informativi del Comune di residenza
- di essere a conoscenza che si potrà essere sottoposti alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 3719/24, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel Progetto Individualizzato di intervento, così come definito dalla normativa
- di impegnarsi a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Servizio sociale del Comune di residenza l'eventuale perdita dei requisiti

COMUNICA

i dati in caso di riconoscimento del beneficio economico

Cognome

Nome

IBAN (no libretto postale)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento d'identità e codice fiscale del familiare o tutelato
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà se il beneficiario non è intestatario del conto
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o copia certificato di condizione di disabilità con connotazione di gravità
- copia del decreto o ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno
- copia del contratto/preventivo con Assistente familiare (badante)
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo

Data

il dichiarante