Spett.le

Servizi Sociosanitari Val Seriana S.r.l.

Ambito Territoriale Sociale Valle Seriana

**Oggetto: Domanda di accesso al “Fondo «Caregiver Familiare» - annualità 2022- esercizio 2023” – (DGR n. XI/7605/2022 - XI/7799/2023)**

**Il sottoscritto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome[[1]](#footnote-1) |  | cognome |  |
| nata/o a |  | il |  |
| c.f. |  | residente a  |  |
| in Via |  | CAP |  |
| tel. |  | cell. |  |
| mail |  | PEC |  |

in qualità di [ ]  beneficiario [ ]  tutore [ ]  curatore

[ ]  amministratore di sostegno [ ]  famigliare [ ]  genitore

**per conto del BENEFICIARIO con disabilità sotto riportato**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome[[2]](#footnote-2) |  | cognome |  |
| nata/o a |  | il |  |
| c.f. |  | residente a  |  |
| in Via |  | CAP |  |
| tel. |  | cell. |  |

**V**alendosi degli artt. 46 e 47 del T.U. delle disposizioni in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 e della decadenza dai benefici prevista dall’art. 75 del medesimo T.U., in caso di dichiarazioni false o mendaci

**CHIEDE**

**RIMBORSO SPESE** relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare relative a:

* Intervento domiciliare da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell’assistenza familiare.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE TIPOLOGIA SPESA** | **ESTREMI DOC. FISCALE** | **SPESA SOSTENUTA** | **PERIODO DI RIFERIMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Intervento residenziale extrafamiliare ovvero soggiorno temporaneo in unità d’offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIZIONE TIPOLOGIA SPESA** | **ESTREMI DOC. FISCALE** | **SPESA SOSTENUTA** | **PERIODO DI RIFERIMENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DICHIARA che il beneficiario:**

[ ]  E’in graduatoria B2 Avviso pubblico 2023 – IN QUESTO CASO NON E’ NECESSARIA LA COMPILAZIONE DELLE PARTI A SEGUIRE, NE’ GLI ALLEGATI

**o**

[ ]  non è in graduatoria B2 e quindi dichiara quanto segue:

1. si trova in condizione di disabilità grave (*accertata ai sensi dell’art. 3, comma 3 della Legge 104/1992 ovvero beneficiarie dell’indennità di accompagnamento)* [ ]  NO - [ ]  SI
2. vive al domicilio: [ ]  NO - [ ]  SI
3. è residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. è assistito/a in modo continuativo e responsabile dal **solo** caregiver familiare:

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Essere stabilmente impegnato nell’assistenza del beneficiario [x]  NO - [ ]  SI’
* N. ore di assistenza giornaliera garantite dal caregiver \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Convivenza con la persona assistita [ ]  NO - [ ]  SI’
* Condizione del caregiver (indicare una delle opzioni):
* assistente familiare
* disoccupato
* lavoratore
* pensionato
* Fruizione della Legge 104 [ ]  NO - [ ]  SI’
* Tipologia di fragilità della persona assistita (indicare una delle opzioni):
	+ cronicità
	+ demenza/alzheimer
	+ disabilità acquisita
	+ disabilità congenita
	+ disagio psichico
	+ oncologia
	+ senilità
	+ altro (specificare)
* Presenza di rete informale –Volontariato, Parrocchia, vicinato [ ]  NO - [ ]  SI’
* Possesso di invalidità al 100% [ ]  NO - [ ]  SI’
* Bisogni espressi dal caregiver (indicare una o più opzioni):
	+ attivazione servizi
	+ attivazione posizione previdenziale
	+ sollievo dal lavoro di cura
	+ evitare isolamento sociale
	+ orientamento nei servizi
	+ ricevere formazione personalizzata
	+ sostegno economico
	+ sostegno psicologico
	+ sostegno sociale

Il caregiver garantisce assistenza alla persona in condizione di disabilità per:

* l’igiene personale [ ]  NO - [ ]  SI’
* l’alimentazione [ ]  NO - [ ]  SI’
* la mobilità [ ]  NO - [ ]  SI’
* la somministrazione delle terapie [ ]  NO - [ ]  SI’
* supporto sociale e alla comunicazione, compresa gestione comportamento [ ]  NO - [ ]  SI’
1. È INSERITA in un’Unità d’Offerta semiresidenziale sanitaria, socio-sanitaria o sociale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: CDD, CDI, CSE, STA, SFA, ecc.). [ ]  NO - [ ]  SI’

Se SI’, specificare l’Unità d’Offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. USUFRUISCE dei seguenti servizi/misure:
* Servizi Assistenza Domiciliare (SADH) [ ]  NO - [ ]  SI’

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Servizi Assistenza Educativa Domiciliare [ ]  NO - [ ]  SI’

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Misura bonus per assistente familiare (ex L.R. 15/2015) [ ]  NO - [ ]  SI’
* Tirocini per l’Inclusione Sociale (TIS) [ ]  NO - [ ]  SI’

Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Misura Home Care Premium/INPS [ ]  NO - [ ]  SI’
* Misura B2 del FNA *(barrare SI solo nel caso in cui si risulti percettori del contributo economico. Barrare NO in tutti gli altri casi, compreso l’inserimento in lista d’attesa)* [ ]  NO - [ ]  SI’
* PRO.VI Progetto di vita indipendente [ ]  NO - [ ]  SI’
* Altri contributi economici/misure di sostegno [ ]  NO - [ ]  SI’

Se SI, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. È INSERITA in Servizio scolastici/educativi: [ ]  NO - [ ]  SI’
* Se SI, per un totale di ore settimanale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che per le spese sostenute di cui alle documentazioni fiscali allegate di seguito:

[ ]  **HO RICEVUTO** contributi pubblici (da qualsiasi fonte di finanziamento) pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dall’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **NON HO RICEVUTO** contributi pubblici

**DICHIARA**

di individuare per il versamento di quanto eventualmente riconosciuto, la seguente modalità:

**Versamento su conto corrente bancario/postale con dimostrazione di titolarità o di autorizzazione ad operare sul conto corrente di cui sopra**

In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale:

|  |  |
| --- | --- |
| Intestato a |  |
| Banca/uff. postale |  | Agenzia-filiale |  |
| Comune di |  |  |  |

**IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Qualora l’intestatario del conto sopra indicato sia diverso dal beneficiario e dal destinatario (caregiver), è necessario indicare i seguenti dati:**

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

1. di essere a conoscenza che in caso di domanda non compilata in ogni sua parte e/o non presentazione della documentazione, indicata nella sottostante sezione **Allegati**, l’istanza sarà considerata non completa e pertanto ritenuta non ammissibile;
2. di essere consapevole che tutte le comunicazioni inerenti alla presente richiesta saranno inviate esclusivamente tramite mail all’indirizzo indicato in precedenza;
3. di autorizzare il Comune di residenza e l’Ambito Territoriale Sociale Valle Seriana al trattamento dei dati personalicontenuti in questa domanda per le finalità della presente richiesta, conformemente alla modalità riportate all’URL https://www.ssvalseriana.org/societa/privacy/informativa-utenti\_clienti-sul-trattamento-dei-dati-personali/
4. di aver letto e compreso i criteri di riferimento per l’accesso, nonché i criteri di priorità e di redazione della graduatoria riportati nell’Avviso pubblico;
5. di essere consapevole che il rimborso delle spese verrà erogato alle persone che risulteranno ammesse al beneficio a seguito del risultato ottenuto nella graduatoria di Ambito, in relazione anche ai fondi disponibili e nel riconoscimento dei criteri di accesso stabiliti nell’Avviso;
6. di essere a conoscenza che i comuni di residenza procederanno a controlli nella misura minima del 5% delle domande complessivamente pervenute, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il beneficio verrà revocato.
7. Di rendersi disponibile ad integrare ulteriori documenti o informazioni a fini di debito informativo a Regione Lombardia e/o ATS Bergamo per i fini di cui ai benefici in argomento.

**Allegati *(barrare con una X la voce corrispondente ai documenti allegati)***

***GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE PRESENTATI SOLO SE NON SI E’ GIA’ IN GRADUATORIA B2 o IN CARICO AD ALTRI SERVIZI*:**

[ ]  copia del verbale di invalidità e/o certificazione di handicap grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992, nel caso della certificazione della condizione di gravità, l’istanza può essere comunque presentata in attesa di definizione dell’accertamento;

[ ]  copia o scansione del documento di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario);

[ ]  scheda ADL, scheda IADL;

[ ]  eventuale copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno;

[ ]  documentazione fiscale (fattura/ricevuta, copia delle quietanze di pagamento), attestante la spesa sostenuta nel periodo dal 01/01/2023 al 31/12/2023;

 Luogo e data Il dichiarante

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

1. *Richiedente* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Beneficiario* [↑](#footnote-ref-2)