



Amministrazione destinataria

Comune di Sesto San Giovanni

Ufficio destinatario

Servizio sociale gestione
amministrativa

Domanda di accesso al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze

Ai sensi delle Deliberazioni della Giunta regionale n.3719 del 30/12/2024

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<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

CHIEDE IN FAVORE DI

- per sé stesso
- per il seguente familiare o tutelato
- altro *(specificare)* _____

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

di poter aderire al progetto ed usufruire di

- buono sociale mensile per caregiver familiare
- buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale con regolare contratto
- assegno per l'autonomia per la realizzazione del progetto di vita indipendente
- erogazione del voucher (assistenza diretta)

CHIEDE ALTRESI

- interventi integrativi sociali (erogazione di servizi)
 - supporto e sollievo ai caregiver familiari
 - benessere e miglioramento della qualità della vita della persona con disabilità o persona anziana non autosufficiente
 - interventi di formazione e supporto per rinforzare le competenze di cura e la gestione del proprio familiare con disabilità/non autosufficiente.

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 la persona assistita

Età dell'assistito

- ha meno di 18 anni
- ha più di 18 anni e meno di 65
- ha più di 65 anni compiuti

Patologia

- è affetta dalla seguente patologia (come riportato nella documentazione attestante l'invalidità)

Descrizione patologia

- beneficia di indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11/02/1980, n. 18 e successive modifiche/integrazioni con Legge 21/11/1988, n. 508

Condizione di gravità dell'assistito

- accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
- ha presentato istanza di accertamento di indennità accompagnamento e/o legge 104 in data e si impegna a produrre tale documentazione entro e non oltre il termine e nelle modalità indicate nel bando di assegnazione

Data istanza di accertamento

ISEE del nucleo del beneficiario

ISEE fino a 25.000,00 € (ISEE socio-sanitario in caso di adulti e anziani)

Importo

€

ISEE fino a 40.000,00 € (ISEE ordinario in caso di minore con disabilità)

Importo

€

ISEE fino a 30.000,00 € (in caso di assegno per l'autonomia)

Importo

€

in attesa del rilascio dell'attestazione ISEE presentata in data

Data

DICHIARA ALTRESÌ

che NESSUNA delle seguenti misure è usufruita dal soggetto beneficiario della presente richiesta in quanto incompatibili

accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad esempio RSA, RSD, CSS, hospice, misura residenzialità per minori con gravissima disabilità)

misura B1

contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato

ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale

presa in carico con Misura RSA aperta ex Deliberazione della Giunta Regionale 17/01/2018, n. 10/7769

home care Premium/INPS HCP

prestazioni universali di cui agli artt. 34 – 36 del Dlgs 29/2024

Attività		Punteggio
(I.A. 1) A Capacità di usare il telefono	<input type="radio"/> Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero	1
	<input type="radio"/> Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1
	<input type="radio"/> È in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare	1
	<input type="radio"/> Non è capace di usare il telefono	0
(I.A. 2) B Movimento per acquisti nei negozi	<input type="radio"/> Prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi	1
	<input type="radio"/> È in grado di effettuare solo piccoli acquisti nei negozi	0
	<input type="radio"/> Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi	0
	<input type="radio"/> È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi	0
(I.A. 3) C Mezzi di trasporto	<input type="radio"/> Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1
	<input type="radio"/> Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici	1
	<input type="radio"/> Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno	1
	<input type="radio"/> Può spostarsi soltanto con taxi o con auto con l'assistenza di altri	0
	<input type="radio"/> Non si sposta per niente	0
(I.A. 4) D Responsabilità nell'uso di farmaci	<input type="radio"/> È in grado di assumere medicinali nelle giuste dosi ed al tempo giusto	1
	<input type="radio"/> È in grado di assumere medicinali se preparati in anticipo in dosi separate	0
	<input type="radio"/> Non è in grado di assumere medicine da solo	0
(I.A. 5) E Capacità di gestire il danaro	<input type="radio"/> Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate)	1
	<input type="radio"/> Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.	1
	<input type="radio"/> È incapace di maneggiare denaro	0
(I.A. 6) F Preparare il cibo	<input type="radio"/> Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1
	<input type="radio"/> Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti	0
	<input type="radio"/> Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata	0
	<input type="radio"/> Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti	0

- (I.A. 7) G
Governo della casa
- Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti) 1
 - Esegue solo compiti quotidiani leggeri ma livello di pulizia non sufficiente) 1
 - Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa 0
 - Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa 0

- (I.A. 8) H
Fare il bucato
- Fa il bucato personalmente e completamente 1
 - Lava le piccole cose (calze, fazzoletti) 1
 - Tutto il bucato è fatto da altri 0

TOTALE PUNTEGGIO

Attività		Punteggio
(AD 1) Fare il bagno	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Non riceve alcuna assistenza (entra ed esce dalla vasca autonomamente, nel caso che la vasca sia il mezzo abituale per fare il bagno) 1 <input type="radio"/> Riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo (es. la schiena od una gamba) 1 <input type="radio"/> Riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo (o rimane non lavato) 0 	
(AD 2) Vestirsi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza 1 <input type="radio"/> Prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per allacciarsi le scarpe 1 <input type="radio"/> Riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito 0 	
(AD 3) Toilette	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Va ai servizi, si pulisce, si riveste senza assistenza (può usare supporti come il bastone o il deambulatore o la sedia a rotelle, è in grado di maneggiare la padella o la comoda svuotandola al mattino) 1 <input type="radio"/> Riceve assistenza nell'andare ai servizi, nel pulirsi, nel vestirsi, nell'usare la padella o la comoda 0 <input type="radio"/> Non va ai servizi per i bisogni corporali 0 	
(AD 4) Spostarsi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) 1 <input type="radio"/> Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona con assistenza 0 <input type="radio"/> Allettato, non esce dal letto 0 	

(AD 5) Continenza

- Controlla completamente da solo la minzione o la defecazione 1
- Ha incidenti occasionali 0
- Il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza, usa il catetere o è incontinente 0

(AD 6) Alimentazione

- Si alimenta da solo senza assistenza 1
- Si alimenta da solo eccetto che necessita di assistenza per tagliare la carne o per spalmare il burro sul pane 1
- Riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa 0

TOTALE PUNTEGGIO

DICHIARA INOLTRE

di essere assistito dai seguenti

caregiver familiare

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Rapporto di parentela (*)	Ore settimanali
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Assistente del Beneficiario è

- convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver
- non convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver. In questo caso il caregiver deve risiedere fino ad un massimo di 15 km dall'assistito e non avere un contratto di lavoro superiore alle 20 ore settimanali

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>						

assistenti familiari

- è assistita con personale impiegato regolarmente impiegato per le seguenti ore settimanali
Ore settimanali (tra 15 e 54 compresi)

- non ha vincoli di parentela con il personale impiegato
- ha percepito nell'anno 2024 il buono sociale mensile per acquistare prestazioni di personale regolarmente impiegato

assegno di autonomia (progetti di vita indipendente)

- è assistita con personale impiegato regolarmente impiegato per le seguenti ore settimanali
Ore settimanali (tra 15 e 54 compresi)

- non ha vincoli di parentela con il personale impiegato
- ha percepito nell'anno 2024 il buono sociale mensile per acquistare prestazioni di personale regolarmente impiegato

Rapporto di parentela (*):

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

COMUNICA ALTRESI'

che il nucleo del beneficiario è così composto

Composizione nucleo familiare

di usufruire

- servizi sociali integrati (SAD – PASTO CALDO – TRASPORTI – TELESOCORSO)
- CSE (Centro Socio Educativo)
- CDD (Centro Diurno Disabili)
- CDI (Centro Diurno Integrato)
- SFA (Servizi Formazione all'Autonomia)
- protesi ed ausili

SI IMPEGNA

(solo per coloro che non hanno presentato la certificazione di indennità di accompagnamento e/o Legge 05/02/1992, n. 104 o l'attestazione ISEE)

a produrre tale documentazione entro e non oltre il termine e nelle modalità indicate nel bando di assegnazione

- la certificazione attestante l'indennità di accompagnamento e/o la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
- l'attestazione ISEE

COMUNICO

ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

(non è possibile utilizzare IBAN di un libretto postale)

Istituto

IBAN

Intestatario del conto corrente

- l'intestatario del conto corrente è il sottoscrittore della richiesta
- l'intestatario del conto corrente è soggetto diverso dal beneficiario

intestatario del conto corrente

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Titolo dell'intestatario

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)

- nomina amministratore di sostegno o tutore
(se previsto)
- copia di un qualsiasi documento bancario dal quale si evince l'intestatario del c/c e dell'IBAN
- certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
- copia della dichiarazione ISEE
- documentazione attestante il godimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11/02/1980, n. 18 e successive modifiche/integrazioni con Legge 21/11/1988, n. 508
- copia del contratto di impiego e dell'ultima busta paga dell'assistente familiare (badante)
- copia del documento d'identità e codice fiscale in corso di validità del beneficiario se diverso dal richiedente
- 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.

Sesto San Giovanni

Luogo

Data

il dichiarante