

Piano Sociale di Zona

Comuni di Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese, Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro



Valore ISEE: € _____

01	ISEE Ordinario o CORRENTE
02	ISEE Sociosanitario: beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico
03	ISEE Sociosanitario: solo beneficiario maggiorenne
04	ISEE Minorenni

Presentazione DSU in data _____ (da compilare solo in assenza di certificazione ISEE)

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

* Per assistente familiare barrare 13 - Altro

Che il CAREGIVER è: _____
(cognome e nome)

Il Caregiver è convivente SI NO

Ore al giorno di assistenza attiva: n. ore _____

Tipologia di assistenza da parte del Caregiver:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igiene personale e/o gestione continenza | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alimentazione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mobilità | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gestione Terapia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Supporto Sociale e alla comunicazione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
- ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO per almeno 15 ore settimanali e assunto con regolare contratto (IN ALTERNATIVA LETTERA DI INTENTI) per n. ore settimanali complessive**

TIPOLOGIA DI ASSISTENTE FAMILIARE RETRIBUITO			
01 - Assistente Personale convivente 24 h		02 - Assistente Personale tempo pieno - 25/40 h settimanali	03 - Assistente Personale tempo parziale - 15/24 h settimanali
07- Altro		08 - 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
- SI NO

Motivi di esclusione per incompatibilità:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Misura B1 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Voucher anziani e disabili ex DGR n. 7487/2017 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Home care Premium INPS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024; | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Il beneficiario/il familiare, in fase di assegnazione del contributo si impegna a scegliere uno dei due benefici ed a comunicarlo tempestivamente a Comuni Insieme

Piano Sociale di Zona

Comuni di Baranzate, Bollate, Cesate, Garbagnate Milanese,
Novate Milanese, Paderno Dugnano, Senago, Solaro



ALLEGATI:

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- ATTESTAZIONE ISEE (o DSU)
- VERBALE INVALIDITA'
- INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO
- L.104
- CONTRATTO ASSISTENTE PERSONALE
- LETTERA INTENTI

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali forniti per l'accesso alla Misura FNA - B2 e Programma operativo Regionale Caregiver Familiare, sono raccolti ai soli fini della gestione delle procedure necessarie nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16. La natura del conferimento dei dati è obbligatoria; il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di attivare le procedure. Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei nel rispetto delle misure adeguate di sicurezza previste dalla normativa del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento dei dati è il Comune di residenza dell'interessato.

Il Responsabile esterno del Trattamento dei dati è l'A.S.C. COMUNI INSIEME PER LO SVILUPPO SOCIALE, in quanto Ente capofila dell'Ambito Di Garbagnate M.se.

Il Data Protection Officer, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 679/16, è Trust Data Solution s.r.l. di Cristiano Ornaghi.

Con la sottoscrizione in calce alla domanda l'interessato presta il consenso al trattamento dei dati personali anche particolari ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 679/16.

IL RICHIEDENTE

Data _____

A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE

Tipologia assistito (Barrare con X la condizione):

- 01 Demenza (Alzheimer, demenza da corpi di Lewy, demenza vascolare e altri stati di demenza)
- 02 Disabilità a seguito di un “evento traumatico” es. incidente stradale, caduta, trauma da parto ecc (Tetraplegia, Emiplegia, Locked-In, Stato vegetativo, Cerebrolesione ...)
- 03 Disabilità non post traumatiche es. ictus o altre malattie cerebrovascolari (Tetraplegia, Emiplegia, ...)
- 04 Malattia del motoneurone
- 05 Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (Spaticismo, Cerebrolesioni, ...)
- 06 Disabilità sensoriale
- 07 Altra malattia neurodegenerativa (Parkinson, Malattia di Huntington, ...)
- 08 Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- 09 Ritardo mentale
- 10 Sindromi congenite su base cromosomica (Down, ...)
- 11 Distrofie muscolari e altre miopatie
- 12 Sclerosi Multipla
- 13 Altro

Tipologia della valutazione:

01	Prima Valutazione (nuovo accesso)
03	Rivalutazione

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

01	SI- interventi per persona affetta dal motoneurone le cui condizioni non si sono aggravate
02	SI - Buono Sociale per progetti di Vita Indipendente
03	SI - Altri strumenti della misura
04	NO

Data _____

Firma AS _____