

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;

1. di **confermare il mantenimento dei requisiti** di accesso e l'**assenza di incompatibilità**;
2. di **confermare/individuare** come **care giver familiare** il/la sig./ra _____
(cognome e nome) _____ (specificare grado di parentela o vicinanza e allegare – se non già in possesso della ASST - il documento di identità) Codice Fiscale _____ (se non già agli atti della ASST) ;
3. di **confermare** di avvalersi di **personale di assistenza** (per assistenza tutelare ad es. badante, ausiliario socio assistenziale – es. ASA/OSS -, assistente personale, assistente familiare iscritto al Registro Assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015, ...) regolarmente assunto:
 NO
 SI, come da contratto - o altra documentazione di cui alla dgr n. XII/3719/2024, che allega:
 Tempo pieno Part-time >= 20 ore settimanali >= 10 ore/settimanali
e pertanto s'impegna a presentare, **a cadenza trimestrale, autocertificazione** ai sensi del DPR n. 445/2000 per la parte relativa **alle quote di costo legate al cedolino, o dalle fatture** emesse da ente terzo/professionista, integrata periodicamente con **copia della quietanza** relativa al pagamento delle fatture e dei **contributi** previdenziali;
4. Dichiara che la persona è inserita in una **Unità d'offerta semiresidenziale** sanitaria, socio-sanitaria o sociale NO SI
(es. Centro Diurno per Disabili, Centro Diurno Integrato per anziani, Riabilitazione in diurno continuo, regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, Centro Socio educativo, Sperimentazione riabilitazione minori disabili diurna ...)
Se Sì indicare il numero di ore settimanali di frequenza _____ (allegare certificazione della struttura).
5. è consapevole del fatto che l'effettuazione di una valutazione multidimensionale della propria situazione può richiedere **documentazione integrativa** e l'**accesso domiciliare da parte di personale della ASST/Ambito/Comune** di residenza. Si ricorda che in caso di minori la certificazione medica non deve essere antecedente a due anni. In caso di documentazione non aggiornata ci si impegna a produrre nuova documentazione;
6. è a conoscenza che l'ATS e l'ASST, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, potranno **procedere a idonei controlli** diretti ad accertare la **veridicità delle dichiarazioni** rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti nonché l'eventuale segnalazione all'Autorità giudiziaria competente;
7. si impegna a **comunicare tempestivamente** alla ASST di riferimento e alla ATS (Ente erogatore del contributo) **qualunque variazione** che implichi la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
8. 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 ALLEGA, l'istanza sarà considerata non completa e pertanto la Misura sarà sospesa;
9. di aver preso visione dell'informativa all'utenza relativa alla misura B1;
10. di esprimere il proprio **consenso** affinché i **dati personali** forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

Per gli adempimenti connessi alla presente procedura si precisa che:

I dati personali o sensibili presenti nell'istanza sono necessari per poter erogare le prestazioni, i servizi e i contributi richiesti, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività dell'Ente. I dati stessi potranno essere trattati anche in seguito al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento e l'archiviazione dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere eseguito sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

I dati forniti non saranno diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro

messa a disposizione o consultazione.

Tali dati saranno comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Operatori degli Uffici dell'ASST afferenti all'ATS, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Operatori degli Uffici dell'ATS, appositamente incaricati ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessaria o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Ente;
- Società, Enti/Aziende, accreditate e contrattualizzate, per l'erogazione del Voucher Socio-Sanitario e nominate Responsabili del trattamento dei dati personali;
- Società, Enti/Aziende che, per conto dell'ATS, forniscano specifici servizi elaborativi, che svolgano attività connesse, strumentali o di supporto a quella dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da Lei richieste o che richiederà;
- soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
- operatori dei Comuni/Uffici di Piano, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- suo medico di famiglia (medico di medicina generale o pediatra).

I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

A tal fine **ALLEGA**

(tutti i documenti elencati sono **obbligatori** per l'accoglimento della domanda)

- **modello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda ***

- **socio sanitario (per adulti e anziani)** - compreso quello corrente -
- **modello ISEE ordinario (per minori)** - compreso quello corrente -

**ATTENZIONE* qualora non fosse disponibile la certificazione in corso di validità, è possibile presentare una dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 attestante l'impegno a produrre la nuova certificazione ISEE, allegando copia della ricevuta di richiesta al CAF/Patronato. In questo caso è necessario compilare e firmare la dichiarazione nel riquadro a pagina 4 (Modulo 1) La pratica deve essere perfezionata entro il 30/04/2025

- **copia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante**

(si ricorda che in caso di responsabilità genitoriale congiunta deve essere prodotta da entrambi i genitori)

- **copia del contratto o del documento con validità fiscale relativo al personale di assistenza** *(se presente e solo se non già agli atti della ASST)*

Ed infine **CHIEDE** che tutti i contatti e le comunicazioni avvengano esclusivamente con:

Cognome _____	Nome _____
via/p.za _____	_____ n° _____
Comune _____	Prov. (____) CAP _____
cell. _____	tel _____
indirizzo e-mail _____	

Luogo e data

Firma (1)

_____ firma del dichiarante

_____ firma dell'altro genitore in possesso della responsabilità genitoriale

(1) nel caso in cui la domanda riguarda un minore, e sia compilata da uno dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale in maniera congiunta, deve essere sottoscritta per adesione/accettazione da entrambi i genitori

MODULO 1 da compilare **SOLO se ISEE non è in corso di validità**

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

NATO _____ RESIDENTE _____

Sotto la propria responsabilità

DICHIARA

(ai sensi del DPR n. 455/2000 e ss mm ii),

- di aver presentato richiesta di certificazione ISEE; ed allega copia della ricevuta di richiesta al CAF patronato
- di impegnarsi a produrre la nuova documentazione appena disponibile e comunque entro il 30 aprile 2025, pena la sospensione del contributo fino al perfezionamento dell'istanza.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL DICHIARANTE

INFORMATIVA PER L'UTENZA
PER RICHIESTA DI PROSECUZIONE DELLA MISURA B1
A FAVORE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE
E DELLE PERSONE CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO
MOLTO ELEVATO GIA' IN CARICO AL 31.12.2024 ai sensi della DGR n. XII/3719/2024
(da conservare a carico dell'utente)

Regione Lombardia con delibera n. XII/3719 del 30.12.2024 ha definito il nuovo programma relativo al fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) per il 2025, **a favore degli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato**, che prevede l'erogazione di un contributo economico mensile ed eventuale voucher, con valori variabili in base alle diverse tipologie previste. Finalità della Misura B1 è la promozione del benessere e della qualità di vita degli anziani non autosufficienti ad alto bisogno assistenziale e delle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato, assistite al proprio domicilio in un contesto più ampio di inclusione sociale.

Alle persone già beneficiarie della Misura in carico al 31 dicembre 2024 viene garantita la continuità dell'erogazione del contributo mensile. Si tenga presente che quanto verrà erogato è a titolo anticipatorio e sarà eventualmente conguagliato a conclusione dell'iter valutativo, **nelle more della presentazione della domanda.**

La domanda di valutazione per la prosecuzione deve essere **presentata entro il 28 febbraio 2025.**

In caso di mancata presentazione entro il suddetto termine **la Misura sarà sospesa fino alla presentazione** della stessa e **non saranno riconosciuti retroattivamente le mensilità non corrisposte.**

Il nuovo programma operativo per l'anno in corso **in base agli esiti della valutazione multidimensionale effettuata dalla ASST** (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) di residenza dell'interessato e al Progetto Individuale personalizzato condiviso, **prevede l'attivazione, a seconda dei casi, dei seguenti tipi di strumenti:**

- **buono mensile** con importo minimo di € 565 e massimo € 1300 mensili, sulla base della presenza di specifiche caratteristiche della condizione di gravissima disabilità e dell'organizzazione dell'assistenza;

- **assegno di autonomia** fino ad un massimo di € 800 riconosciuto al beneficiario della Misura B1 che attiva una progettualità di vita indipendente;
- **voucher** sociosanitario e voucher autismo (se previsto nel progetto individuale)

Si rammenta in particolare, che:

- la domanda di prosecuzione è resa dall'interessato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 e art. 76 del D.P.R. 445/2000), sotto la propria responsabilità;
- i buoni/voucher sono erogati da ATS nei limiti delle risorse assegnate da regione;
- il programma FNA è annuale con scadenza al 31.12.2025;
- tutte le variazioni rispetto alla permanenza a domicilio o alla frequenza di servizi, che possono determinare la rimodulazione, sospensione o l'interruzione del contributo mensile e del voucher secondo quanto previsto dalla DGR 3719/24, nonché l'eventuale modifica delle coordinate bancarie/postali (IBAN), devono essere prontamente comunicate dall'interessato alla ASST di riferimento e all'ATS (Ente erogatore del contributo alla persona e pagamento dei voucher ai gestori autorizzati).

-la Misura è incompatibile in caso di:

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità, CA): anche nei casi di completa solvenza
- Misura B2
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
- Home Care Premium/INPS HCP
- Prestazione Universale di cui agli art. 34-36 del D.lgs 29/2024
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale
- Presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali maggiori o uguale a 18 ore settimanali (es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno ex DGR 3239/2012)
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato

-la Misura è SOSPESA in caso di:

- **Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale**
- **Ricovero di sollievo per adulti oltre i 60 giorni/anno**
- **Ricovero di sollievo per minori oltre i 90 giorni/anno**
- **Attivazione di una misura/intervento non compatibile con la Misura B1**
- **Permanenza della persona con disabilità fuori regione oltre i 90 giorni annuali** (termine che può essere derogato in caso di terapie specialistiche prolungate e programmate da effettuarsi fuori Regione, purché certificate dallo specialista di branca che ne dichiara la necessità, la indifferibilità e la durata prevista. La deroga dei termini è preventiva ed è autorizzata da Regione Lombardia, previa valutazione e parere del caso da parte di ATS territorialmente competente).