

Allegato 1

Prot. n. _____ del _____

COMUNE DI _____

**MODULO PER L'ASSEGNAZIONE DELLE MISURE SOSTEGNO O SERVIZI A FAVORE DI PERSONE ANZIANE
NON AUTOSUFFICIENTI AD ALTO E BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E ALLE PERSONE CON DISABILITÀ E
NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO E MOLTO ELEVATO
PIANO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE 2025-2027**

DGR XII/6320/2026

(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

tel/cel _____ e-mail _____

in qualità di:

☐ diretto interessato/a

oppure

(da compilarsi solo qualora il/la dichiarante non sia il/la diretto/a interessato/a barrando SOLO UNO dei riquadri sottostanti e compilando i dati della persona non autosufficiente)

☐ tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina _____)

☐ genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

☐ in via esclusiva

☐ in modo congiunto

☐ altro _____ (specificare)

del/la beneficiario/a:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

residente a _____ prov. (____) CAP _____

tel/cel _____ e-mail _____

RICHIEDE

L'attivazione della MISURA SOSTEGNO (barrare una sola casella):

- ☐ Contributo *CAREGIVER* FAMILIARE (anche non convivente).
- ☐ Contributo personale di assistenza regolarmente impiegato (anche non convivente).
- ☐ Contributo Assegno di autonomia.

In caso di richiesta di contributo *caregiver* familiare si chiede inoltre l'attivazione della MISURA SERVIZI:

- ☐ SI
- ☐ NO

A TAL FINE DICHIARA

di comunicare tempestivamente agli operatori del Servizio Sociale del proprio Comune di residenza o del PUA di Viadana:

- eventuali ricoveri;
- il decesso del/la beneficiario/a del contributo;
- altri motivi ostativi all'erogazione del contributo;

Tipologia di certificazione (barrare una sola casella):

- ☐ Demenza
- ☐ Disabilità in seguito ad un evento traumatico (es. incidente, caduta, trauma parto, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, Cerebrolesione, ecc.)
- ☐ Disabilità non post traumatiche (es. ictus, malattie cerebrovascolari, ecc. – Tetraplegia, Emiplegia, ecc.)
- ☐ Malattie del moto-neurone
- ☐ Encefalopatia di natura metabolica infettiva o ereditaria (es. Spasticismo, Cerebrolesioni, ecc.)
- ☐ Disabilità sensoriale
- ☐ Altra malattia neurodegenerativa (es. malattia di Huntington, ecc.)
- ☐ Disabilità comportamentale (compresi disturbi dello spettro autistico)
- ☐ Ritardo mentale
- ☐ Sindromi congenite su basi cromosomiche (es. sindrome di Down, ecc.)
- ☐ Distrofie muscolari e altre miopatie
- ☐ Sclerosi multipla
- ☐ Altro (ATTENZIONE da considerare come scelta residuale)

Specificare servizi e/o sostegni economici fruiti dalla persona beneficiaria (barrare una o più caselle):

- ☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD
(se avvenuto negli ultimi 12 mesi indicare periodo dal __/__/__ al __/__/__)
- ☐ ADI
- ☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.)

- ☐ Sostegno "Dopo di Noi" (indicare tipologia progetto e importo € ____, __ prog. _____)
- ☐ Misura Case management ex DGR 392/2013
- ☐ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata _____)
- ☐ Servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
- ☐ Dopo scuola
- ☐ Educativa domiciliare
- ☐ CSE (fino 17 ore settimanali)
- ☐ CDD (fino 17 ore settimanali)
- ☐ CDI (fino 17 ore settimanali)
- ☐ Riabilitazione ambulatoriale
- ☐ Riabilitazione domiciliare
- ☐ Sperimentazione riabilitazione minori ambulatoriale
- ☐ Voucher anziani al *caregiver* familiare ex DGR 7487/2017
- ☐ Prestazioni Home Care Premium
- ☐ Frequenza servizi riabilitativi scolastici e non
- ☐ Servizio di educativa domiciliare
- ☐ Altro (specificare _____)
- ☐ Nessuno

Le Misure sono incompatibili con:

- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità, CA, strutture residenziali di salute mentale), anche nei casi di completa solvenza;
- presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- presa in carico in Unità d'offerta semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie o sociali ≥ 18 ore (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 n. 3239/2012).
- Home Care Premium/INPS HCP, per il contributo per l'assistente familiare;
- Quota di contributo previsto dalla Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs. n. 29/2024.

A tal fine dichiara e allega alla presente istanza:

- ☐ Che il/la beneficiario/a possiede certificato di invalidità civile al 100%
- ☐ Che il/la beneficiario/a ha diritto all'indennità di accompagnamento
- ☐ Che il/la beneficiario/a possiede certificazione di disabilità grave art. 3 c. 3 legge 104/1992
- ☐ Copia del documento d'identità del/la beneficiario e del/la richiedente
- ☐ Che il/la beneficiario/a dichiara di avere in essere un contratto di lavoro a favore di un assistente familiare/personale (se richiesto sostegno all'assistente familiare o assegno autonomia)

- ☐ Che il/la beneficiario/a possiede un ISEE sociosanitario e/o del nucleo ristretto pari a € _____
Oppure
- ☐ Che il/la beneficiario/a possiede un ISEE ordinario pari a € _____
- ☐ Copia IBAN

In caso di idoneità della domanda al finanziamento, si chiede l'erogazione del contributo secondo le finalità di progetto a (barrare una sola scelta):

- ☐ Tesoreria c/o Comune di Residenza della persona beneficiaria

OPPURE

- ☐ Conto corrente bancario o postale intestato a _____

Banca/ufficio postale _____

CODICE IBAN																										

DICHIARA ALTRESÌ

di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (art. 13 del Regolamento UE 679/2016).

Data __/__/2026

Firma del/la Richiedente _____