

**Allegato 1**

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

COMUNE DI \_\_\_\_\_

**MODULO L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE O  
COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2) PREVISTA DALLA DGR N. XII /  
3719 del 30/12/2024**

(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 \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Diretto/a interessato/a
- familiare/tutore/caregiver e/o Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

tel./cel. \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

L'attivazione delle prestazioni indirette:

- Buono sociale mensile **ESCLUSIVAMENTE** a sostegno del/la caregiver familiare (anche non convivente)
- Buono sociale mensile a sostegno del/la caregiver dell'assistente familiare regolarmente impiegato (anche non conviventi)
- Assegno di autonomia

In caso di richiesta di buono a sostegno del caregiver familiare si chiede inoltre l'attivazione di interventi di assistenza diretta:

- SI
- NO

**A TAL FINE DICHIARA**

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

- eventuali ricoveri;
- il decesso del beneficiario della Misura B2;
- 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 14 ore settimanali)
- CDD (fino 14 ore settimanali)
- CDI (fino 14 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

L'erogazione della Misura B2 è incompatibile con:

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);

Misura B1;

- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024
- Home Care Premium/INPS HCP;

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 beneficiario e del 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 € \_\_\_\_\_

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 della persona beneficiaria

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 \_\_/\_\_/2025

Firma del/la Richiedente \_\_\_\_\_