

# DOMANDA DI PROSECUZIONE DELLA MISURA B1

(ai sensi della DGR n. XII/3719/2024)

Spett. le ASST .....

.....  
.....

**Domanda presentata tramite:**

- raccomandata con ricevuta di ritorno  
 posta pec  
 consegna al protocollo ASST  
 consegna all'operatore Equipe di valutazione ASST

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di

diretto interessato

**oppure**

*(da compilarsi fino a "CHIEDE" solo qualora il dichiarante non sia il diretto interessato barrando SOLO UNO dei quadratini sottostanti e compilando i dati del beneficiario)*

tutore/curatore/procuratore/amm. di sostegno (provvedimento nomina \_\_\_\_\_)

genitore, in possesso della responsabilità genitoriale:

in via esclusiva

in modo congiunto

altro \_\_\_\_\_ (specificare)

**del/la Sig./Sig.ra** (beneficiario):

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_

in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

## 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 **obbligatoria** 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).