

COME FARE PER

Misura B2

Ambito del Corsichese

**Avviso pubblico per l'assegnazione del Fondo per la Non Autosufficienza
a persone con disabilità grave o comunque non autosufficienti – annualità 2021 – esercizio 2022 (DGR
XI/5791 del 21.12.2021)**

Apertura 13/04/2022 ore 10.00

Chiusura 13/05/2022 ore 12.00

Istruzioni per la compilazione della domanda

1

Accesso

- 1.1** Le domande dovranno essere presentate **esclusivamente** online, sul portale **ICARE ATENA**, all'indirizzo:

<https://www.icareapp.it/icare-domandeonline-pdzcorsichese/login.do>

- 1.2** Selezionare **Entra con SPID**



The screenshot shows the login interface of the 'PORTALE Sistema Informativo SERVIZI ALLA PERSONA'. At the top, there is a header with the portal name and a small image of a smartphone displaying the 'icare' app. Below the header, there is a section titled 'SPID' (Sistema Pubblico di Identità Digitale). This section contains a text box explaining that SPID is a system for accessing public services online with a unique digital identity. It states that if the user already has a digital identity, they should log in with their credentials. If not, they should request one from a provider. Below this text box is a blue button with a person icon and the text 'Entra con SPID'. At the bottom of the page, there is a link labeled 'Login backoffice'.

Compilazione Domanda

2.1 Sezione dati anagrafici

Dati anagrafici

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome	TEST
Nome	NOME
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXX
Indirizzo di residenza	XXXXXXXXXXXXXX

2.2 Inserire gli estremi del documento di Identità

Documenti

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO RICHIEDENTE

Tipo documento *

Carta Identità

N. documento *

Rilasciato da *

Nessuna selezione

Luogo di rilascio *

Data rilascio *

gg/mm/aaaa

Foto/Scansione del documento (fronte) (Max 5Mb.) *

Foto/Scansione del documento (retro) (Max 5Mb.)

<> Scegli file

<> Scegli file

2.3 Inserire la mail e confermare la mail

Recapiti

RECAPITI RICHIEDENTE

N. telefono cellulare *

XXXXXXXXXX

Email *

mail@mail.it

Conferma Email *

mail@mail.it

2.4 Selezionare le informazioni richieste

Comune di competenza

Nessuna selezione

L'utente ha già presentato domanda per la Misura B2 nell'anno 2021

Nessuna selezione

I dati del beneficiario coincidono con quelli del richiedente?

No

2.5 [Opzionale] compilare i dati del beneficiario solo se non corrispondente al richiedente. **Attenzione i campi con l'asterisco sono obbligatori!!!**

DATI BENEFICIARIO

Richiedente in qualità di: *

☐ Caregiver

☐ Amministratore di sostegno

☐ Tutore

☐ Altro

☐ Familiare/Altro

☐ Genitore

☐ Curatore

☐ Tutore

☐ Affidatario

Cognome *

Nome *

Data di nascita

Codice fiscale

Indirizzo email *

Conferma indirizzo email *

Riferimento telefonico completo di prefisso internazionale italiano 0039 *

Conferma riferimento telefonico completo di prefisso internazionale italiano 0039 *

2.6 [Opzionale] compilare i dati di riconoscimento del beneficiario solo se non corrispondente al richiedente. **Attenzione i campi con l'asterisco sono obbligatori!!!**

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DATI BENEFICIARIO

Tipo documento *

N. documento *

Carta Identità

Rilasciato da *

Luogo di rilascio *

Data rilascio *

Nessuna selezione

gg/mm/aaaa

Foto/Scansione del documento (fronte) *

Foto/Scansione del documento (retro)

<> Scegli file

<> Scegli file

2.7 Inserire i componenti del nucleo familiare (beneficiario compreso). Per aggiungere componenti al nucleo selezionare il **pulsante +**

NUCLEO FAMILIARE (COMPRESO BENEFICIARIO)

Relazione con il beneficiario *

Cognome *

Nome *

X

Nessuna selezione

2.8 Aprire il menu a tendina e selezionare lo **Strumento richiesto**

STRUMENTO RICHIESTO

Strumento richiesto: *

Nessuna selezione

Nessuna selezione

Buono sociale mensile caregiver familiare

Buono sociale mensile assistente familiare

Buono sociale mensile progetti di vita indipendente

2.9 Selezionare le condizioni di disabilità e/o non autosufficienza

CONDIZIONE DI DISABILITA' E/O NON AUTOSUFFICIENZA

Condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992

Nessuna selezione

Indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988

Nessuna selezione

2.10 Se l'utente è in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità **SI** selezionare la **Tipologia ISEE e Valore ISEE**

ISEE

L'utente è in possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità

Si

Tipologia ISEE

Nessuna selezione

Nessuna selezione

Sociosanitario

Corrente

Ordinario

Ordinario

Valore ISEE *

2.11 Inserire i dati di erogazione del contributo beneficiario. **Attenzione i campi con l'asterisco sono obbligatori!!!**

Erogazione beneficio

Il contributo può essere erogato su conto corrente bancario o postale oppure su carta prepagata (non può essere erogato su libretto postale).

Il conto corrente o la carta prepagata devono essere intestati al beneficiario della Misura o al richiedente a chi ne ha diritto (genitore se minorenne o amministratore di sostegno/tutore se maggiorenne)

DATI PER LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO

Tipologia conto corrente: *

☒ Conto corrente bancario

☐ Conto corrente postale

Nome e cognome intestatario conto *

Codice fiscale *

Codice IBAN *

2.12 Procedere con le **Dichiarazioni (obbligatorie)** e l’inserimento del codice antibiot proposto per dimostrare di non essere un robot

DICHIARAZIONI *

☐ Non beneficiare dei seguenti servizi/interventi:

- Accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- Misura B1;
- Contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- Ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- Presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente

☐ Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy ai sensi del GDPR 2016/679/UE [Apri PDF](#)

☐ Conoscere e accettare le condizioni contenute nell'Avviso pubblico Misura B2 anno 2022 - Iniziative di sostegno delle persone in condizione di disabilità grave e/o non autosufficienti - D.G.R. n. 5971 del 21.12.2021

Verifica antibiot

JS1hZr

✓ Invia la domanda

2.13 Premi **Invia la domanda**