



Timbro protocollo Comune

Al Comune di _____

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (DGR 4138/2020)

Il sottoscritto:

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

In qualità di

- Beneficiario;**
- Appartenente alla famiglia del beneficiario;**
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario**
(Decreto n. _____ del _____ Tribunale di _____)

CHIEDE LA CONCESSIONE DELLA SEGUENTE MISURA

- a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE**
- b) Buono sociale mensile INTEGRATIVO per PERSONALE DI ASSISTENZA**
- c) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA**
- d) Buono sociale mensile PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**
- e) Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori**
 - Per la prima volta**
 - In rinnovo**

IN FAVORE DI:

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'accesso e l'erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza (DGR 4138/2020);
- ✓ di possedere i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;
- ✓ che il proprio nucleo familiare/nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

barrare solo le voci interessate:

- per la richiesta del "Buono sociale caregiver familiare", che l'assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare: Cognome _____ Nome _____
- che nello stesso nucleo familiare è presente un altro richiedente la misura ex DGR 4138/2020: Cognome _____ Nome _____
- che il beneficiario frequenta un'unità di offerta diurna sociosanitaria (es. CD/CDD/CDI) o sociale (CSE/SFA...)
- che il beneficiario è destinatario di altri servizi (SAD, pasto) o contributi erogati dall'Ente, se si quali _____
- che il beneficiario è destinatario della Misura Dopo di Noi (ex DGR 3404/2020) per la seguente misura _____;
- ✓ che il beneficiario **NON** è destinatario della Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissima ex DGR 4138/2020);
- ✓ che il beneficiario **NON** è preso in carico con la Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;

- ✓ che il beneficiario NON beneficia del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015;
- ✓ che il beneficiario NON usufruisce di prestazioni integrative Home Care premium/ INPS HCP
- ✓ che il beneficiario NON beneficia del contributo Progetti vita indipendente – PRO.VI
- che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE - secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi - in corso di validità al momento della presentazione della domanda:
 - VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____
 - VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE _____
- che il beneficiario in caso di non possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità, la farà pervenire entro il 31 maggio 2021 pena l'inammissibilità della domanda;
- ✓ Che il beneficiario acconsente alla valutazione sociale/multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'avviso pubblico;
- ✓ Di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ai servizi sociali del comune di residenza, entro dieci giorni dall'evento stesso.

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" correlata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce, il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Nel caso di accoglimento della domanda i sottoscritti dichiarano ai fini dell'erogazione dei benefici economici i seguenti dati:

Intestatario conto corrente (il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante): _____

Codice fiscale intestatario c/c: _____

Indirizzo intestatario c/c: _____

CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE																											

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;<input type="checkbox"/> Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);<input type="checkbox"/> Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni socio sanitarie in corso di validità del beneficiario;<input type="checkbox"/> Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS in corso di validità;<input type="checkbox"/> Copia fotostatica della certificazione di gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992 in corso di validità;<input type="checkbox"/> Eventuale verbale relativo all'indennità di accompagnamento;<input type="checkbox"/> Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;<input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;<input type="checkbox"/> Copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro ed eventuale copia fotostatica del contratto di lavoro (limitatamente alle misure che prevedono la presenza di personale di assistenza)

Data e Luogo _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno _____