



Al Comune di \_\_\_\_\_

**ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA (DGR 7751/2022)**

**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**

*Gli interventi previsti alla lettera a), b), c) sono alternativi tra loro e non sono cumulabili. L'intervento alla lettera d) Voucher minori è cumulabile con uno degli interventi previsti alla lettera a) o b).*

- a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE**
- b) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA**
- c) Buono sociale mensile PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**
- d) Voucher sociale per sostenere vita di relazione di minori -VOUCHER 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 7751/2022);
- ✓ 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 7751/2022: 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 per la seguente misura \_\_\_\_\_;
- che il beneficiario usufruisce del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015 per un importo mensile pari a € \_\_\_\_\_
- ✓ che il beneficiario NON è destinatario del Voucher anziani e disabili (ex DGR 7487/2017 e DGR 2564/2019);
- ✓ che il beneficiario NON è destinatario della Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissima ex DGR 7751/2022);

- ✓ che il beneficiario **NON** beneficia del contributo Progetti vita indipendente – PRO.VI
- ✓ che il beneficiario **NON** è preso in carico con la Misura RSA Aperta ex DGR 7769/2018;
- ✓ che il beneficiario **NON** usufruisce di prestazioni integrative Home Care premium/ INPS HCP
- 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 2023** pena l'inammissibilità della domanda;
- per il Voucher Minori, in caso mancata presentazione dei documenti relativi all'ipotesi di intervento contestualmente all'istanza, il richiedente si impegna a presentare entro la data del **21 luglio 2023** la scheda "Ipotesi di intervento per Voucher Minori B2 2023" e la scheda "Autodichiarazione requisiti ente gestore B2 2023", pena decadenza dal beneficio.
- ✓ 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: \_\_\_\_\_

CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE																											

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)**

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni socio sanitarie in corso di validità del beneficiario;
- Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS in corso di validità;
- Copia fotostatica della certificazione di gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992 in corso di validità;
- Eventuale verbale relativo all'indennità di accompagnamento;
- Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;
- Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;
- 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)
- Ipotesi di intervento e dichiarazione requisiti ente gestore nel caso di **Voucher Minori**

**Data e Luogo** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno** \_\_\_\_\_