



- Carpiano
- Cerro al Lambro
- Colturano
- Dresano
- Melegnano
- San Donato Milanese
- San Giuliano Milanese
- San Zenone al Lambro
- Vizzolo Predabissi

ALLEGATO A

LOGO DEL COMUNE

AL COMUNE DI _____

**RICHIESTA PER L'ACCESSO AGLI INTERVENTI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE
O COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2 – DGR n. XI/1253 del
12.02.2019)**

Il sottoscritto	
Nome e Cognome _____	
Nato a _____ il _____ sesso M • F •	
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____	
Via _____ Tel. _____	
e-mail _____	
Codice fiscale _	
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____	
In qualità di	
<input type="checkbox"/> DIRETTO INTERESSATO	
<input type="checkbox"/> FAMILIARE	Grado di parentela _____
<input type="checkbox"/> TUTORE	nominato con decreto n. _____ del _____
<input type="checkbox"/> CURATORE	nominato con decreto n. _____ del _____
<input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO	nominato con decreto n. _____ del _____
del Sig./Sig.ra Nome e Cognome _____	
Nato a _____ il _____ sesso M • F •	
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____	
Via _____ Tel. _____	
e-mail _____	
Codice fiscale _	

CHIEDE

- per sé
- per conto del beneficiario

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. 7856 del 12/02/2018, misura B2 tra le seguenti:

(barrare l'intervento richiesto)

	SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO:	X
1	Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver</i> familiare	
2	Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente personale con regolare contratto di lavoro	
3	Buono sociale mensile per sostenere progetti di vita indipendente	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt.75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico e del regolamento distrettuale che descrivono i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- di **NON** usufruire del Voucher Autonomia;
- di **NON** usufruire del Bonus Assistente Familiare ex l.r. 15/2015;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:

- lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta è pari a euro, come da allegata certificazione:

INDICA LA TIPOLOGA DI ISEE SCELTO AI FINI DELL'ACCESSO

- ISEE ORDINARIO
- ISEE SOCIOSANITARIO

DICHIARA
(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium) quali a titolo esemplificativo REI, SIA, ecc.:
.....;
- di essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
- di frequentare centri diurni sociali o socio-sanitari:
 - tempo parziale (fino a 25ore/settimana);
 - tempo pieno ;

SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale Professionale l'eventuale visita domiciliare utile ai fini dell'istruttoria;
- a consentire che le Assistenti Sociali Comunali, nel corso dell'istruttoria, verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che l'inesistenza di alcun progetto o l'incongruenza tra il progetto dichiarato nella domanda e la situazione riscontrata dal professionista determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, si consegnano i seguenti allegati obbligatori:

Per tutte le misure:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap;
- Certificazione ISEE in corso di validità.

Per la Misura nr. 1:

Autodichiarazione del *caregiver* familiare (*allegato E*) che attesti la convivenza anagrafica con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta (sup. 75%) oltre alla documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale, cassintegrato, pensionato, ecc);

Per la Misura nr.2 e nr. 3:

Copia del contratto di assunzione assistente familiare e/o personale, ultima busta paga;

COMUNICA INOLTRE

- CONTO CORRENTE: intestato o cointestato al beneficiario

IBAN _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76

stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" come definiti all'art. 4 lett. d) del citato decreto, vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il **Signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____