Distretto di Saronno

Caronno Pertusella | Cislago | Gerenzano | Origgio | Saronno | Uboldo

Ai Servizi Sociali

COMUNE DI _____

Richiesta di contributo
FNA DGR 1253/2019 - MISURA B2 Anno 2019

IL RICHIEDENTE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/___/_____

Residente a _____ Prov. ____ Via _____ n. ___

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

in qualità di:

- ❑ **Diretto interessato**
- ❑ **Genitore/Coniuge/Figlio/altro famigliare**
- ❑ **Tutore/Curatore**
- ❑ **Amministratore di sostegno**

ai sensi della DGR 1253 del 12.02.19 *"Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze anno 2018"*

C H I E D E

a favore del beneficiario:

(compilare solo se il beneficiario è diverso dal richiedente):

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/___/_____

Residente a _____ Prov. ____ Via _____ n. ___

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

il riconoscimento del seguente intervento:

❑ **A1 - Buono sociale** per persone non autosufficienti assistite a domicilio da **caregivers familiari/parenti/volontari**	❑ **B - Buono sociale** per sostenere **progetti di vita indipendente** per persone di **età compresa tra 18 e 64 anni**
❑ **A2 - Buono sociale** per persone non autosufficienti assistite a domicilio da **badanti regolarmente assunti tra 18 e 39 ore settimanali**	❑ **C - Voucher sociale** per sostenere la **vita di relazione di minori (fino a 18 anni) con disabilità**
❑ **A3 - Buono sociale** per persone non autosufficienti assistite a domicilio da **badanti regolarmente assunti per almeno 40 ore settimanali**	

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali vigenti in materia e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il beneficiario si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'Art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad 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 norme vigenti;
- di essere a conoscenza che l'equipe pluriprofessionale determinerà la misura appropriata in base alla valutazione multidimensionale, anche disponendo un beneficio diverso da quello richiesto;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che il beneficiario è già fruitore di *(barrare le voci interessate):*
  - ☐ buono/voucher sociale da parte del Comune;
  - ☐ contributo DOPO DI NOI;
  - ☐ servizio di RSA aperta
  - ☐ Home Care Premium INPS
  - ☐ contributo REI (Reddito di Inclusione) / RdC (Reddito di cittadinanza)
  - ☐ Altro (specificare): _____
- in caso il beneficiario frequenti strutture diurne (es.: CDD, CSE, SFA), che la frequenza settimanale è di _____ ore.

Coordinate bancarie per l'erogazione del beneficio economico:

BENEFICIARIO

Codice IBAN *(27 caratteri* **-** *indicare in modo chiaro e leggibile):*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestazione C/C:_____

Nel caso in cui il beneficiario sia un minore o una persona sottoposta a tutela giuridica, il beneficio verrà erogato per esso a:

❑ **GENITORE** ❑ **TUTORE/CURATORE** ❑ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Cognome e nome _____

Codice IBAN *(27 caratteri - indicare in modo chiaro e leggibile):*

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Intestazione C/C:_____

compilare i seguenti campi anagrafici solo se persona diversa dal "richiedente"

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n. ___

Codice fiscale _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

1. copia dell'attestazione di gravità ai sensi della **legge 104/92 art. 3 comma 3** *(la domanda può essere presentata anche quando l'accertamento è in corso, consegnando l'adatta documentazione)*

   oppure

   copia del verbale di invalidità civile da cui risulti la necessità dell'assistenza continua o dell'**accompagnamento** di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni
2. **Attestazione ISEE**: per sapere quale specifica attestazione ISEE deve essere presentata in relazione all'Azione richiesta, si rimanda alla tabella **"Interventi, criteri di accesso ed entità del beneficio"**;
3. Copia di documento di identità in corso di validità del beneficiario e del richiedente (se diverso);
4. In caso di presentazione della domanda da parte del tutore/curatore/amministratore di sostegno: copia della nomina da parte del Tribunale e copia del verbale di giuramento;
5. Per domande relative alle Azioni A2/A3 – assistenza a domicilio da parte di badante part time o full time: Copia del contratto di assunzione della badante e copia dell'ultima busta paga.

La presente domanda, corredata dagli opportuni allegati, dovrà essere consegnata presso l'Ufficio Servizi Sociali o presso l'Ufficio Protocollo del Comune di residenza.

Il termine ultimo per la presentazione delle domande

è il 31 maggio 2019.

Non verranno accettate domande presentate oltre tale data.

Data **Firma del Richiedente**

_____ _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.:

Si informa che:

- il consenso al trattamento dei dati personali è necessario per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività del Comune;
- il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici;
- i dati non saranno comunicati a terzi, fatti salvi gli obblighi di legge, e l'ambito di diffusione degli stessi è limitato ai soli addetti agli uffici comunali del Distretto deputati alla gestione della pratica;
- il Titolare del trattamento è il Comune di residenza del beneficiario e Responsabile del trattamento è il Responsabile del Settore Servizi Sociali.

Per presa visione della presente informativa e relativo consenso:

Data _____ **Firma** _____