



## CHIEDE

**di avere accesso agli interventi di cui alla D.G.R. 7856/2018**

**e pertanto DICHIARA**

- PER SE'**                       **PER LA PERSONA PER LA QUALE INOLTRA LA DOMANDA**

Il riconoscimento dell'Invalidità civile:

- al 100%  
 minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età

Il possesso della certificazione di:

- handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92  
 alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92

- Di **non** avere fruito nel 2017 della Misura B2 ai sensi della DGR 5940/2016  
 Di aver fruito nel 2017 della Misura B2 ai sensi della DGR 5940/2016 intervento:  
 Buono sociale caregiver  
 Buono sociale assistente familiare  
 Progetto di vita indipendente  
 Altro

Che il reddito familiare ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) riferito all'anno \_\_\_\_\_ è pari a € \_\_\_\_\_

Di fruire, nell'anno in corso del beneficio della Misura B1

- SI  
 NO

Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

- SI                      ente erogatore \_\_\_\_\_ n. accessi mensili \_\_\_\_\_  
 NO

Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

- SI                       CDD    CSE    SFA    CDI   altro \_\_\_\_\_  
 NO

Che l'assistenza è garantita da:

- familiare (cognome, nome e rapporto di parentela) \_\_\_\_\_ n. ore giornaliere \_\_\_\_\_  
 non familiare:     assistente personale tempo pieno  
 assistente personale tempo parziale: ore giornaliere \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE

di essere consapevole:

- delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità.



Comune di Barlassina



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cogliate



Comune di Giussano



Comune di Lazzate



Comune di Lentate sul Seveso



Comune di Meda



Comune di Misinto



Comune di Seregno



Comune di Seveso



piano di zona ambito di seregno

- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000

### ALLEGA

- copia carta di identità del richiedente e del beneficiario (qualora non coincidenti);
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- attestazione ISEE in corso di validità;
- verbale riconoscimento invalidità;
- attestazione di handicap grave (L. 104/92) per gravi/gravissime disabilità;
- copia del contratto di lavoro con l'assistente personale (per buono sociale assistente personale e buono sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità);
- Autocertificazione o documentazione specifica che attesti lo stato di disoccupazione/inoccupato/pensionato o lavoratore part-time (per buono sociale caregiver).

### SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 57856/18 che prevede visite domiciliari di operatori del Comune di residenza per il monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato;
3. comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:
  - eventuale decesso;
  - eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
  - eventuale trasferimento;
  - modifica della composizione del nucleo familiare;
  - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
  - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
4. comunicare tempestivamente l'eventuale accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della DGR 7856 del 12/02/2018 - **MISURA B1**".

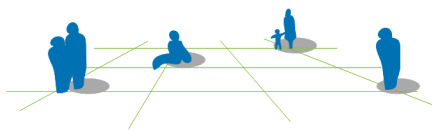
In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una delle seguenti modalità di riscossione:

#### **1) accredito sul conto corrente bancario o postale**

Numero \_\_\_\_\_ banca / uff. postale \_\_\_\_\_

agenzia / filiale \_\_\_\_\_

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



## piano di zona ambito di seregno

codice IBAN \_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### **2) Riscossione diretta c/o Tesoreria Comunale**

Nome/Cognome persona delegata \_\_\_\_\_

Codice Fiscale persona delegata \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

In fede

.....  
(firma)



Comune di Barlassina



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cogliate



Comune di Giussano



Comune di Lazzate



Comune di Lentate sul Seveso



Comune di Meda



Comune di Misinto



Comune di Seregno



Comune di Seveso

## ESPRESSIONE DI 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, per incapacità di intendere o di volere, o per opportunità di progetto

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_ in qualità di

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**acconsente**

al trattamento dei dati sensibili e sanitari nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con disabilità grave e per anziani non autosufficienti, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Comune di Barlassina



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cogliate



Comune di Giussano



Comune di Lazzate



Comune di Lentate sul Seveso



Comune di Meda



Comune di Misinto



Comune di Seregno



Comune di Seveso