FAC-SIMILE DI DOMANDA

Al Comune di
(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

DOMANDA DI EROGAZIONE di TITOLI SOCIALI
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE
O ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI
ai sensi della misura B2 della DGR n. 1253/2019 di Regione Lombardia

RICHIEDENTE
Il/la sottoscritto/a (cognome) .....(nome).....

nato/a ..... prov. ..... il .....

residente in (comune) ..... via ..... n .....

telefono..... codice fiscale.....

in qualità di ☐ beneficiario ☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ famigliare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognome ..... nome .....

nato/a a ..... prov. ..... il .....

residente a Varese in via / piazza ..... n. .....

telefono ..... codice fiscale .....

CHIEDE

in attuazione della DGR 1253/2019, dell'avviso pubblico n.52538.....del.24/4/2019 e tenuto conto del "Regolamento per l'accesso ai titoli sociali" approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto socio sanitario di Varese, l'assegnazione di:

☐ **BUONO SOCIALE** mensile per caregiver familiare

☐ **BUONO SOCIALE** mensile per acquistare le prestazioni da assistente personale

☐ **VOUCHER SOCIALE** per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

☐ **BUONO SOCIALE** mensile per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e da loro assunto direttamente.

In fede

.....
(firma)

ALLEGATO ALLA DOMANDA A FAVORE DEL SIG .....PRESENTATA IN DATA.....

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

DICHIARA CHE

il sig/la sig.ra.....(beneficiario)

1. ha un reddito familiare ISEE (per prestazioni socio sanitarie o per prestazioni agevolate rivolte a minorenni) pari a € .....;

2. non svolge attività lavorativa;

3. è stato riconosciuto/a invalido/a al 100% con indennità di accompagnamento e condizioni di gravità

4. nell'anno 2018 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 5940 SI NO

5. frequenta servizi sanitari diurni SI NO

6. frequenta strutture sociali/socio sanitarie (SFA,CSE,CDD;CDI) SI NO

7. il nucleo famigliare anagrafico è cosi composto (con tipo di parentela)

.....

8. la tipologia di parentela del care giver famigliare è

.....

9. la tipologia di presenza dell' assistente personale:
   - ☐ nessuno
   - ☐ 24 H
   - ☐ Tempo pieno > 7 ore
   - ☐ Tempo parziale < 7 ore
   - ☐ Qualificato 24 h
   - ☐ Qualificato tempo pieno> 7 ore
   - ☐ Qualificato tempo parziale< 7 ore
   - ☐ Altro

10. Utilizza altri servizi :
   - ☐ Contributi economici
   - ☐ sad
   - ☐ misura b1
   - ☐ protesi ausili
   - ☐ ADI
   - ☐ Legge 23
   - ☐ RSA aperta
   - ☐ Altro

11. In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una della seguente modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario o postale numero: .....

banca/uff. postale .....agenzia / filiale .....

comune di ..... codice IBAN

intestato a .....

N.B.: il conto corrente deve essere intestato o co-intestato al beneficiario maggiorenne ed in grado di intendere e di volere; per i residenti nel Comune di Varese se il conto corrente non è intestato al beneficiario occorre compilare modulo di delega per la riscossione.

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 ai sensi art. 8 dei criteri per l'erogazione dei titoli sociali del Piano di Zona del Distretto di Varese.

In fede

.....
(firma)

SI IMPEGNA INOLTRE A

1. autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati 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;

In fede

.....
(firma)

Informativa ai sensi dell'art 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione del buono sociale e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale del Distretto di Varese, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante .....
acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali

è posto in essere.

In fede

.....
(firma)

Varese, ...

Si allegano:
- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE e dichiarazione unica sostitutiva;
- copia certificato d'invalidità del beneficiario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela);
- attestazione riconoscimento della misura B1 a carico dell'ATS nell'anno 2018
- modulo di delega per la riscossione (solo per i residenti del comune di Varese).

Varese, _____

Al Comune di Varese
Area VI Servizi alla Persona
Via Orrigoni 5
21100 VARESE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

beneficiario del contributo comunale _____

CHIEDO

che detto contributo sia liquidato a favore di _____

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In fede

_____

Varese, _____

Al Comune di Varese
Area VI Servizi alla Persona
Via Orrigoni 5
21100 VARESE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

beneficiario del contributo comunale _____

concesso a favore del minore _____

CHIEDO

che detto contributo sia liquidato a favore di _____

nato a _____ il _____

residente a Varese in via/piazza _____ n. _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In fede

_____