



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

**Allegato 1a**  
**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE**  
**A FAVORE DI PERSONE ANZIANE/ADULTE CON GRAVE DISABILITA' O NON**  
**AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NELL'AMBITO DI DESIO**  
**MISURA B2 - XI DGR 2862/2020**

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**AMBITO DI DESIO**

**Il sottoscritto**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**In qualità di**

DIRETTO INTERESSATO

TUTORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

CURATORE nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

di **Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

**Categoria**

PERSONA ANZIANA (65 ANNI COMPIUTI E OLTRE) NON AUTOSUFFICIENTE

PERSONA ADULTA CON DISABILITA' GRAVE (18-64 ANNI COMPIUTI)

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso  M  F

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Città di Desio

C.F. 00834770158 – Partita IVA 00696660968

P.za Giovanni Paolo II – 20832 Desio MB – Centralino: 0362/3921

Ufficio di Piano - e-mail: [ufficiodipiano@comune.desio.mb.it](mailto:ufficiodipiano@comune.desio.mb.it) - tel. 0362/392.339 – 342 - 367

**di avere accesso a uno o più dei seguenti interventi di cui alla D.G.R. XI 2862/2020**

- Buono sociale Caregiver
- Buono Sociale Assistente Familiare
- Progetto di vita indipendente

**e pertanto DICHIARA**

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

Il riconoscimento di :

- Invalidità civile 100% con accompagnamento
- Invalidità civile 100% senza accompagnamento

Il possesso Certificazione di:

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

Che l'attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità è pari a € \_\_\_\_\_

- di aver fruito nel 2019 della **Misura B2** ai sensi della dgr IX 7856/18 attraverso il seguente intervento:
  - Buono sociale Caregiver
  - Buono Sociale Assistente Familiare
  - Progetto di vita indipendente
  - Altro \_\_\_\_\_
- di **non** essere attualmente beneficiario della **Misura B1** ai sensi della dgr X 1253/2019;
- di aver presentato per il 2020, 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 2862/20 - **MISURA B1**";
- di **non** aver beneficiato di interventi assistenziali erogati da Enti Pubblici o privato o Enti previdenziali;
- di **non** beneficiare del Bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015;
- di **non** essere in carico alla misura RSA APERTA ex DGR IX 7769/2018;
- di **non** beneficiare di contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di **non** beneficiare dei sostegni previsti dalla misura DOPO DI NOI (ad esclusione dei quelli riferiti alle spese per il canone di locazione e per spese condominiali);
- di essere stato beneficiario/a del Progetto di Vita Indipendente per l'annualità FNA 2018 e/o FNA 2019.

**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;
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2;

## ALLEGA

- copia carta di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992);
- dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE sociosanitario;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- copia del conto corrente bancario (**no libretto postale**) dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario;

Inoltre:

- per domanda del Buono Sociale per CAREGIVER:
  - autocertificazione (allegato SUB 1A)
- per domanda del Buono Sociale ASSISTENTE PERSONALE
  - copia del contratto di lavoro del personale di assistenza dal quale si evinca assunzione per almeno 10 ore settimanali
- PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE:
  - copia del contratto di lavoro del personale di assistenza dal quale si evinca assunzione per almeno 20 ore settimanali

**NOTA BENE: non saranno accettati ai fini della valutazione della domanda dati scritti a mano con calligrafia incomprensibile o fotocopie illeggibili.**

## SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR XI 2862/20, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda;
3. comunicare trimestralmente (entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre) attraverso la trasmissione dell'attestazione del mantenimento dei requisiti (modello che verrà inviato al beneficiario unitamente all'accettazione e al finanziamento della domanda) al Comune di residenza o, in casi da concordarsi, direttamente all'Ufficio di Piano di Desio:
  - eventuale decesso;
  - eventuale trasferimento;
  - eventuale accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
  - eventuale ricovero di sollievo qualora il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sociale Regionale;
  - 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 XI 2862/2020 - **MISURA B1**";

- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
- ogni altro cambiamento;

4. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione:

**accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE);**

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano per conto dei Comuni di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a 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;
- di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'amministrazione Comunale e dall'Ambito di Desio esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso;
- che in caso di verifiche a campione è tenuto a presentare all'Ufficio di Piano entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_