



**Allegato 2**  
**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE**  
**A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTI**  
**RESIDENTI NELL'AMBITO DI DESIO**  
**PROGRAMMA OPERATIVO FONDO PER LE NON**  
**AUTOSUFFICIENZE TRIENNIO 2019-2021**  
**D.G.R. XI/5791 del 21/12/2021 e ss.mm.ii.**  
**ESERCIZIO 2022**  
**BUONO SOCIALE PER MINORI**

**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**

GENITORE o in caso di affidamento esclusivo Madre  Padre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CHIEDE**

**di avere accesso al Buono sociale Caregiver di cui alla D.G.R. XI 5791/2021 e ss.mm.ii.**

## e pertanto DICHIARA (PER IL MINORE)

### Il riconoscimento di:

- minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico
- indennità di frequenza mensile di cui all'art.1 L.289/1990

### Il possesso 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 far parte della seguente rete parentale:

- genitori separati
- rete monoparentale

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

- di aver fruito nel 2021 della **Misura B1** ai sensi della dgr XI 4138/20
- di aver fruito nel 2021 della **Misura B2** ai sensi della dgr XI 4138/20
- di aver presentato per il 2022, 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 5791/21 - **MISURA B1**"

## 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

- autocertificazione Allegato sub. 1A per domanda del Buono Sociale per CAREGIVER;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà Allegato sub. 1B - solo se previsto dalla situazione del dichiarante;
- 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);
- copia certificato di alunno con disabilità ai sensi dell'art. 4 della L.104/92;
- attestazione ISEE;
- 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;
- informativa privacy firmata.

## SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 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 all'Ufficio di Piano di Desio:
  - eventuale decesso;
  - eventuale trasferimento;
  - eventuale accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad es. 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 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 5791/2021 e ss.mm.ii.- **MISURA B1**";
  - modifica della composizione del nucleo familiare;
  - modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
  - modifica del nominativo del caregiver;
  - aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
  - ogni altro cambiamento;
4. sottoporsi ai controlli così come previsti dalla Dgr XI/5791/21 e ss.mm.ii e messi in atto dall'Ambito avvalendosi del case manager;
5. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione: **accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE)**;

## DICHIARA INFINE

- 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;
- di essere consapevole che l'"AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA PREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2 - DGR XI/

5791 DEL 21/12/2021 - ANNO 2022” e i relativi allegati, sono stati redatti ai sensi della normativa vigente e precisamente del D.P.R. 445/2000 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa". Applicando la normativa all'istanza per il suddetto avviso pubblico, ne deriva che debba essere l'interessato a firmare la sua stessa istanza. Qualora l'interessato sia soggetto a potestà dei genitori, a tutela, o a curatela, (come previsto dall'art. 5 del D.P.R. 445/2000) i documenti vengono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà dei genitori, dal tutore, o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_