



BOVISIO MASCIAGO CESANO MADERNO DESIO LIMBIATE MUGGIÒ NOVA MILANESE VAREDO

### Allegato 3

**DOMANDA PER LA CONTINUITA' DELLE MISURE A FAVORE DI PERSONE ANZIANE/ADULTE CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NELL'AMBITO DI DESIO GIA' BENEFICIARI DEL BUONO ASSISTENTE FAMILIARE ESERCIZIO 2021**

**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**

**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) \_\_\_\_\_

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

DIRETTO INTERESSATO

#### OPPURE

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 \_\_\_\_\_

#### Del sig./sig.ra

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

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

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

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

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

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

### CHIEDE

**per l'esercizio 2022 di avere continuità al finanziamento del Buono Sociale Assistente Familiare ottenuto ai sensi del FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2 - DGR XI/4138 DEL 21/12/2020 e ss.mm.ii. ESERCIZIO ANNO 2021**

### e pertanto DICHIARA

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

di essere stato ammesso e finanziato per il Buono Sociale Assistente Familiare ai sensi del FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2 - DGR XI/4138 DEL 21/12/2020 e ss.mm.ii. ESERCIZIO ANNO 2021;

di avere un Isee sociosanitario 2022 pari a € \_\_\_\_\_ con il seguente Numero Protocollo DSU (a titolo esemplificativo: INPS-ISEE-2022- XXXXXXXXX-XX) \_\_\_\_\_ e di essere consapevole che il contributo spettante per la continuità nell'esercizio 2022 sarà determinato sulla base dell'Isee 2022 come da tabella riportata nell'Avviso;

di aver mantenuto i requisiti e le condizioni dichiarate nel momento di presentazione della domanda e nelle successive "dichiarazioni di mantenimento dei requisiti" per il Buono Assistente Familiare ai sensi del FONDO NON AUTOSUFFICIENZA MISURA B2 - DGR XI/4138 DEL 21/12/2020 e ss.mm.ii. ESERCIZIO ANNO 2021 relativamente a:

- certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992);
- decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- stesso conto corrente bancario (no libretto postale) e relativo intestatario/quietanzante;
- monte ore contratto di assunzione dell'assistente familiare NB IN CASO DI MODIFICA, ALLEGARE COPIA CONTRATTO;

oppure

che rispetto alle informazioni fornite per il trimestre gennaio 22 - marzo 22 si sono verificate le seguenti situazioni (*barrare una o più caselle*):

O percepimento di Voucher anziani e disabili (ex DGR n. 7487/2017 e DGR n. 2564/2019) dal \_\_\_\_\_;

O accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali sociosanitarie sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità) dal \_\_\_\_\_;

O accoglimento domanda Misura B1 dal \_\_\_\_\_;

O ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;

O percepimento contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;

O presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

O accoglimento domanda Home Care Premium/INPS HCP con la prestazione prevalente dal \_\_\_\_\_;

O trasferimento dalla residenza al Comune di \_\_\_\_\_;

O aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

O modifica monte ore del contratto dell'assistente familiare

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

O cessazione del rapporto con l'assistente familiare

SPECIFICARE DAL GIORNO \_\_\_\_\_

O modifica conto corrente bancario e relativo intestatario/quietanzante (indicare Iban e nome e cognome)

\_\_\_\_\_ (allegare carta di identità e codice fiscale dell' intestatario/quietanzante)

O altre modifiche

SPECIFICARE \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- 1) ATTESTAZIONE ISEE/DSU;
- 2) COPIA CARTA DI IDENTITA' E CODICE FISCALE DEL BENEFICIARIO DELLA MISURA E DEL GENITORE (IN CASO DI MINORI) O EVENTUALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE/CURATORE;
- 3) INFORMATIVA PRIVACY FIRMATA.

### **DICHIARA INFINE**

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;
- 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 AUTOSUFFICIENZAPREVISTE DAL FONDO NON AUTOSUFFICIENZAMISURA B2 - D.G.R. XI/5791 del 21/12/2021 ANNUALITÀ 2021 ESERCIZIO 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 \_\_\_\_\_