



Amministrazione destinataria

Comune di Abbiategrasso

Ufficio destinatario

Ufficio di Piano

## Domanda di erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza

**Deliberazione di Giunta Regionale 28/12/2023 n. XII/1669, Deliberazione di Giunta Regionale 18/03/2024 n. 2033, Deliberazione di Giunta Regionale 05/06/2024 n. 2166**

### Il sottoscritto

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

### Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente familiare o tutelato

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP

### In qualità di

- tutore/curatore/amministratore di sostegno

Numero decreto	Data	Tribunale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- appartenente alla famiglia del richiedente

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE

la concessione della seguente misura

- per la prima volta
- in rinnovo

interventi di assistenza indiretta (buoni)

- buono sociale mensile caregiver familiare
- buono sociale mensile per personale di assistenza
- buono sociale mensile progetti di vita indipendenti

interventi di assistenza diretta (servizi integrativi)

- prestazioni di respiro dall'assistenza (interventi di sollievo) che favoriscono la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare:
  - 1) Prestazione socio-assistenziale o tutelare a domicilio
  - 2) Ricovero temporaneo in struttura residenziale
  - 3) Prestazione socio-educativa o educativa a favore della persona con disabilità o non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al "sollievo"

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'accesso e l'erogazione delle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza
- di possedere i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico
- che oltre al richiedente e al beneficiario del servizio, il nucleo familiare si compone di

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela (*)	Certificazione di invalidità e grado

(\*) coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

- che l'assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare, ai sensi della Legge 27/12/2017, n.205, art. 1, c. 255

Cognome	Nome	Numero di ore settimanali

- che il beneficiario è destinatario della Misura Dopo di Noi per la seguente misura

Misura

- che il beneficiario usufruisce del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex Legge Regionale 25/05/2015 n. 15 per un importo mensile pari alla seguente cifra

Importo

€

- che il beneficiario non è destinatario del voucher anziani e disabili, ex Deliberazione della Giunta Regionale 04/12/2017 n. X/7487, Delibera di Giunta Regionale n. 2564/2019;
- che il beneficiario non è destinatario della Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissima, Deliberazione di Giunta Regionale 28/12/2022 n. 7751
- che il beneficiario non beneficia del contributo Progetti vita indipendente (PRO.VI)
- che il beneficiario non è preso in carico con la Misura RSA Aperta ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale 17/01/2018, b. X/7769
- che il beneficiario non usufruisce di prestazioni integrative Home Care premium/INPS HCP
- che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE, secondo le disposizioni del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 05/12/2013 n. 159 e relativi provvedimenti attuativi, in corso di validità al momento della presentazione della domanda

- attestazione ISEE ordinario nucleo familiare

Importo

€

- valore attestazione ISEE per prestazione socio sanitarie

Importo

€

- che il beneficiario in caso di non possesso dell'attestazione ISEE in corso di validità, la farà pervenire entro la data prevista dall'avviso, pena l'inammissibilità della domanda
- che il beneficiario acconsente alla valutazione sociale e multidimensionale della propria situazione personale, come previsto dall'avviso pubblico
- di impegnarsi a dare ogni comunicazione relativa ad eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno ai servizi sociali del comune di residenza, entro dieci giorni dall'evento stesso.
- che in caso di accoglimento della domanda, ai fini dell'erogazione dei benefici economici, la domiciliazione bancaria o postale del conto corrente è la seguente

Istituto

IBAN

Codice BIC (swift) (se conto estero)

Intestatario del conto corrente

- il sottoscritto è intestatario del conto corrente
- l'intestatario del conto corrente è la seguente persona fisica

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento d'identità del beneficiario se diverso dal richiedente
- copia dell'attestazione ISEE
- verbale di invalidità
- certificazione di gravità in corso di validità ex Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 3, c. 3
- verbale relativo all'indennità di accompagnamento
- documentazione attestante la tutela, curatela o amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori, curatori o amministratori di sostegno
- copia del permesso di soggiorno  
*(da allegare in caso di cittadino extracomunitario)*
- copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro
- copia fotostatica del contratto di lavoro
- ipotesi di intervento nel caso di voucher minori e dichiarazione requisiti dell'ente gestore nel caso di voucher minori
- progetto individuale e valutazione sociale
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Abbiategrosso

Luogo

Data

il dichiarante