

DOMANDA DI CONTINUITA' BUONO SOCIALE MENSILE PER PERSONALE DI ASSISTENZA REGOLARMENTE IMPIEGATO A FAVORE DEI BENEFICIARI MISURA ANNO 2021

## **MISURA B2**

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE A FAVORE DI PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' E IN CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' DI CUI AL FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE Triennio 2019-2021/Annualità 2021 – Esercizio 2022 .

AL COMUNE DI	e-mail		
Il/La sottoscritto/a			
nato/a a		Prov. i	1
C.F.	residente a		
in Via			n.
Tel.	e-mail		
A favore di:  Se stesso Della persona	CHIEDE		
Persona non autosufficiente / grave d Minore con disabilità non autosuffici			
nato/a a		Prov.	1
C.F.	residente a		
in Via			n.
Tel.	e-mail		

SOLRT	MAGNAGO OGG	5.5T	EFANO JERAGO CON ORAGO	PREMEZZO
SOLBIATE ARNO	MAGNAGO OGG	IONA SOL	JERAGO CON CAVAR	IA CON PREMEZZO ALBIZZATE
	GALLARA	TE		
In qualità di:				
Genitore				
Genitore affidatario (decreto n.	del		Tribunale	)
Amministratore di sostegn (atto di no	omina n.	del	Tribunale	)
Tutore (atto di nomina n.	del	Tribuna	le	)
Curator (atto di nomina n.	del	Tribu	ınale	)
Familiare				
Altro				
DGR XI/4138 del 21/12/2020 da € 250, per personale di assistenza assunto con re copia versamento dei contributi previde A tal fine, consapevole che, ai sensi dell' negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti a sotto la propria responsabilità:	regolare contrat enziali); articolo 76 del	to (obbligate D.P.R. 445/0	orio allegare copia	i contratto di lavoro
	DICHIA	A R A		
<ul><li>1. che il beneficiario dell'intervento è:</li><li>persona non autosufficiente cos</li></ul>			anla attautanta la	aandiziana nar il
beneficio dell'indennità di accompagnan				-
persona con disabilità grave così comma 3 della Legge 104/1992;	come risultante	e dalla certif	icazione rilasciata	a ai sensi dell'art. 3
di cittadinanza italiana o degli sta	ti appartenenti	all'Unione E	Europea ovvero e	xtracomunitaria con
possesso di regolare titolo di soggiorno;				
in possesso di ISEE socio-sanit		di validità	a, non superior	
ammontante ad €	pratica n.	012		data attestazione:
; rilasciato ai sensi del I	JPCM n. 159/2	013 e ss.mm	.11.	
in possesso di ISEE ordinario (in		ŕ		
validità, non superiore ad € 40.		ntante ad		pratica n.
data a 159/2013 e ss.mm.ii.	attestazione:		; rilasciato ai	sensi del DPCM n.



# DICHIARA ALTRESÌ

$\sim$	1	• 1	1	C*	•	•	1 1	1	
"	che	11	hene	t1C	:121	10	del	T′1n	tervento:

	Frequenta l'Unità d'offerta sem	niresidenziale, socio-sa	nitaria o sociali	(es. CSE,	SFA,	CDD,
CDI.	)	situata nel Comune di		pe	r n.	
ore se	ettimanali con costi:					
	a proprio carico;					
	Con integrazione cost	i a carico del Comune e	o del Sistema Soc	cio-sanitari	0.	
	Non è ricoverato con modalità de	finitiva presso Unità d'o	offerta residenziali	i socio-san	itarie o	sociali
(RSA	A, RSD, CSS, Hospice, Misura Res	sidenzialità per minori c	on gravissima disa	ıbilità);		
	Non percepisce la Misura B1;					
	Non percepisce contributo da risc	orse Progetti di vita indi	pendente – PRO.	VI – per o	nere ass	sistente
perso	onale regolarmente impiegato;					
	Non beneficia di ricovero di soll	ievo con il costo del ri	covero a totale ca	rico del Fo	ondo Sa	anitario
Regio	onale;					
	Non è preso in carico con Misura	RSA aperta ex DGR n.7	769/2018;			
	Non beneficia dei Voucher anzian	i e disabili ex DGR n. 7	487/2017 e s.m.i.;			
$\Box$	Non beneficia della prestazione pr	evalente della misura H	ome Care premiur	n/INPS.		
	•		•			
	essere a conoscenza che:					
	La concessione dei benefici eco					
	di un Progetto Individuale - tra					
	legale o familiare) che definis degli interventi e le modalità d		egno ana domicin	iarita, ii pi	ano op	erauvo
Г	La predisposizione del Proge		eduta dalla valuta	zione mul	tidimen	sionale
_	effettuata anche in modalità int	-			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	21011011
	☐ Solo dopo la sottoscrizione di			liquidazion	e dei b	enefici
	economici relativi ai diversi int		_	_		
	Nel caso in cui la valutazione n			_		
	di cura non si procederà alla st	tesura del Progetto Indi	viduale ed alla cor	iseguente e	erogazio	one dei
_	benefici economici.  L'Ufficio di Piano, ai sensi d	ol D.D.D. 445/00 out 7	/1 a 1 matmà mma	م مامسم م	damai a	amtua 11;
L	diretti ad accertare la veridicità					
	veridicità del contenuto delle				_	
	sottoscritto/a decade dai benefi			2.30	•	-, 12.14
	L'Ufficio di Piano provvederà	all'erogazione dei tito	li sociali fino ad e	esauriment	o delle	risorse
	disponibili e secondo le modali	tà stabilite dalle Linee (	Guida.			

## **SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che possano determinare la modifica o la perdita del diritto alla concessione dell'intervento richiesto.



#### **CHIEDE**

che il contributo dovuto venga per l'accredito delle pensioni):	a accreditato presso (non inc	licare IBA	N di libretti	i postali	utilizza	bili solo
Intestatario C/C (il beneficiario	o deve essere intestatario o co	ointestatario	)			
Istituto Bancario/Posta		Sede				
IBAN:						
Di voler ricevere tutte le comu	COMUNICA nicazioni inerenti la Misura		nte indirizz	o email:		
ado	li		FIRMA	del DIC	HIARA	NTE
Documento d'identità	rilasciato il	da				

### Allegati:

- Permesso di soggiorno
- Verbale attestante la condizione di non autosufficienza (certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) versione integrale (per i beneficiari della Misura nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- Verbale attestante la condizione per il beneficio dell'indennità di accompagnamento di cui alle L. n. 18/1980 e l. n. 508/1988 versione integrale (per i soli beneficiari della Misura B2 nell'anno 2021: allegare solo in caso di aggiornamenti)
- documentazione sanitaria recente o comunque dell'ultimo anno (es. referti visite mediche, ricoveri ospedalieri...ed ogni altra documentazione sanitaria si ritenga di voler allegare ai soli fini della valutazione multidimensionale).
- Decreto di nomina a Legale Rappresentante (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore) ovvero Procura Notarile
- Copia contratto di lavoro e copia versamento dei contributi previdenziali del personale regolarmente assunto.
- Carta di identità richiedente e beneficiario
- Documento bancario da cui si evinca l'IBAN sopra-indicato



### INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione degli articoli da 12 a 15 e 22 del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 si informano gli interessati relativamente ai dati personali trattati.

Titolare del trattamento dati e Responsabile della protezione: Comune di — posta elettronica certificata: — tel —, provenienti da qualsiasi fonte, sono trattati per il soddisfacimento dei compiti istituzionali del Comune di — anche su richiesta dell'interessato/a e/o di terzi e nell'ambito delle previsioni normative che disciplinano l'attività comunale. I destinatari dei dati personali sono il Comune di — e gli altri soggetti, di norma operanti sul territorio nazionale, identificati dalle previsioni normative che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. I dati personali sono conservati in ogni formato e per il periodo consentito dalle norme che disciplinano l'attività per la quale i dati sono trattati. L'interessato/a ha diritto a richiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati, la rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione al trattamento e portabilità nei limiti delle previsioni normative e a proporre reclamo a un'autorità di controllo.