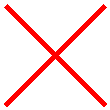
**FAC-SIMILE DI DOMANDA**



Al Comune di

(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA DI EROGAZIONE di TITOLI SOCIALI**

**A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE**

**O ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI**

**ai sensi della misura B2 della DGR n. 4138 del 21/12/2020 e del Decreto n. 925 del 29/01/2021 di Regione Lombardia**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) …………………………….(nome)……………………………..…………..

nato/a ……………………………………………..…………. prov. ……… il ….……….………………...

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n .….……

telefono……………………… codice fiscale……….……………………………..

in qualita di :

 beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  famigliare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal

richiedente)

cognome ………………………………….…… nome ……………….……….…………….…

nato/a a ….………………………..………….. prov. ……….. il …….…………………….

residente a Varese in via / piazza …………………………….………………. n. ……..…...

telefono ……….…………… codice fiscale ………..…….……………………………..…….

**CHIEDE**

in attuazione della DGR 4138/2020, dell’avviso pubblico n. .del........ 2021 e tenuto conto del “Regolamento per l’accesso ai titoli sociali” approvato dalla Assemblea dei Sindaci del Distretto socio sanitario di Varese, l’assegnazione di:

 **BUONO SOCIALE** mensile per caregiver familiare

 **BUONO SOCIALE** mensile per acquistare le prestazioni da assistente personale

 **BUONO SOCIALE** mensile per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità

fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra

i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l’ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e da loro assunto

direttamente e in presenza dei requisiti ministeriali richiesti dal Pro.Vi

 **VOUCHER SOCIALE** per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità

In fede

…………………………………………………

(firma)

**ALLEGATO ALLA DOMANDA A FAVORE DEL SIG ….....................PRESENTATA IN DATA............................................**

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

**DICHIARA CHE**

il sig/la sig.ra…………………………………..…………………………………...(beneficiario)

1. ha un reddito familiare ISEE (per prestazioni socio sanitarie o per prestazioni agevolate rivolte a

minorenni) pari a € ……………………;

2. non svolge attivita lavorativa;

3. è stato riconosciuto/a invalido/a al 100% con indennità di accompagnamento e/o condizioni di

gravità art. 3 comma 3 legge104/1992

4. nell’anno 2020 ha goduto del beneficio misura B2 DGR 2862 SI  NO

5. frequenta servizi sanitari diurni SI NO

6. frequenta strutture sociali/socio sanitarie (SFA,CSE,CDD;CDI) SI NO

7. il nucleo famigliare anagrafico e cosi composto (con tipo di parentela)

………………………………………………………………………………………………

8. la tipologia di parentela del care giver famigliare è ………………………..

9. la tipologia di presenza dell’ assistente personale:

□ nessuno

□ 24 H

□ Tempo pieno > 7 ore

□ Tempo parziale < 7 ore

□ Qualificato 24 h

□ Qualificato tempo pieno> 7 ore

□ Qualificato tempo parziale< 7 ore

□ Altro

10. Utilizza altri servizi :

□ Contributi economici di enti pubblici (Comune, Home care premium Inps....)

□ Sad

□ Misura B1

□ protesi ausili

□ ADI

□ Legge 23

□ RSA aperta

□ Ricoveri in Cure intermedie/ Sub Acuti

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

□ Contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato

□ Buono per assistenti famigliari ex lege 15/2015

□ Altro .................................................................

11. In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si

avvarrà di una della seguente modalita di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario o postale numero: ……….……...……………..........................

banca/uff. postale ………………………………………agenzia / filiale …………..…..….……

comune di ……………………… codice IBAN

intestato a …………………………….…………………………..…………………..……………..

N.B.: il conto corrente deve essere intestato o co-intestato al beneficiario maggiorenne ed in grado

di intendere e di volere; per i residenti nel Comune di Varese se il conto corrente non è intestato al

beneficiario occorre compilare modulo di delega per la riscossione.

Si raccomanda inoltre l'inserimento di IBAN relativo a un conto corrente, in quanto non è possibile l'accredito del buono su libretti di risparmio.

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilita penali che si assume, dichiara di essere a

conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 del DPR

445/2000 e che nel caso di erogazione del buono sociale, potranno essere eseguiti controlli diretti

ad accertare la veridicita delle informazioni fornite ai sensi art. 8 dei criteri per l’erogazione dei titoli

sociali del Piano di Zona del Distretto di Varese.

In fede

…………………………………………………

(firma)

**SI IMPEGNA INOLTRE A**

1. autorizzare visite domiciliari di operatori del Comune di residenza ai fini del monitoraggio

periodico sull’assistenza prestata e sulla destinazione delle risorse per gli usi concordati nel

progetto di intervento;

2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il

titolo sociale di cui ha beneficiato;

3. comunicare (entro 30 giorni e per iscritto) al Comune di residenza:

* eventuale decesso;
* eventuali ricoveri in ospedale o altra struttura residenziale;
* accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice,Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
* eventuale trasferimento;
* modifica della composizione del nucleo familiare;
* modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
* aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo
* familiare;
* la eventuale fruzione di interventi/servizi di cui al punto 10

In fede

……………………………………………………(firma)

Nel rispetto della normativa di riferimento regolamento UE 679/2016 ,del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e del decreto legislativo 101/2018 in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue: il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell’erogazione delle misure previste dalla DGR 4138 riguardanti l'utilizzo del FNA e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dei Comuni dell’Ambito Territoriale del Distretto di Varese, dell Ufficio di Piano e dei servizi ASST e ATS competenti in materia, anche con l’ausilio di mezzi elettronici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Preso atto dell’informativa il/la sottoscritto/a dichiarante ……….………………………………

acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali

e posto in essere.

In fede

...........…………………………………………(firma)

Varese, ………………………………….

Si allegano:

copia carta di identita del richiedente e/o beneficiario e/o beneficiario e delegato  alla riscossione;

attestazione ISEE e dichiarazione unica sostitutiva;

copia certificato d’invalidita del beneficiario;

copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela);

modulo di delega per la riscossione (solo per i residenti del comune di Varese).

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Comune di Varese

Area V Servizi alla Persona

Via Orrigoni 5

21100 VARESE

Io sottoscritto..................................... nato a................. il............ residente a Varese in via/piazza........................................ n...........

codice fiscale..................................................................................

beneficiario del contributo comunale misura B2

C H I E D O

che detto contributo sia liquidato a favore di.................................

nato a................... il............................................

residente a ................... in via/piazza............. n.......

codice fiscale......................................................................

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN:

..........................................................................................................

In fede

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Comune di Varese

Area V Servizi alla Persona

Via Orrigoni 5

21100 VARESE

Io sottoscritto .............................. nato a........................ il.......... residente a Varese in via/piazza ............................n.........

codice fiscale....................................................................

beneficiario del contributo comunale misura B2 a favore del minore..................

C H I E D O

che detto contributo sia liquidato a favore di ..........................

nato a..................... il .......................

residente a ............. in via/piazza ........................ n.........

codice fiscale................................................................

con accredito sul conto corrente a questi intestato con IBAN:

..........................................................................................................

In fede

Varese, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_