



Al Comune di _____

ISTANZA PER L'EROGAZIONE DELLE MISURE A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE (DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023)

Il sottoscritto:

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

In qualità di

- Beneficiario;**
- Appartenente alla famiglia del beneficiario;**
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno del beneficiario**
(Decreto n. _____ del _____ Tribunale di _____)

CHIEDE LA CONCESSIONE DELLA SEGUENTE MISURA a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023)

Rimborso delle spese relative a interventi che favoriscano la sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare sostenute nel periodo dal 1/1/2023 al 31/12/2023 per un massimo di € 1.200,00 annui, per un importo pari a € _____ per

- I. intervento domiciliare** da parte di servizi forniti da enti qualificati nel settore dell'assistenza domiciliare. Si tratta di **interventi complementari** a quelli già attivi (extra piano di intervento), nello specifico (*descrivere intervento*) _____
- II. intervento residenziale extrafamiliare** ovvero soggiorno temporaneo in unità d'offerta residenziale o comunque in grado di dare una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni e alle esigenze della persona (enti qualificati), nello specifico (*descrivere intervento*) _____

IN FAVORE DI:

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO (se diverso dal richiedente)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in via/P.za _____ a _____

Recapito Telefonico _____

Eventuale indirizzo e-mail _____

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

- ✓ di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'erogazione delle misure a sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (DGR 7605/2022 e DGR 7799/2023);
- ✓ che il richiedente possiede i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;
- ✓ che l'assistenza del beneficiario al domicilio è svolta dal seguente caregiver familiare (come definito dall'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017 n. 205)
Cognome _____ Nome _____ per n. ____ ore settimanali
- ✓ che il proprio nucleo familiare/nucleo familiare del beneficiario è composto da:

N.	Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di Nascita	Certificazione invalidità e grado
1				
2				
3				
4				
5				

barrare solo le voci interessate:

- che il beneficiario frequenta un'unità di offerta diurna sanitaria, sociosanitaria o sociale (ad es. regime semiresidenziale di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza, riabilitazione in diurno continuo, CDD, CDI, CSE, presa in carico con Sperimentazioni riabilitazione minori disabili in regime diurno...)
- che il beneficiario è in carico alla Misura B2 esercizio 2023 (domanda ammesse e finanziata)
- che il beneficiario è in carico alla Misura B1 esercizio 2023

- ✓ che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE - secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi – con validità fino al 31 dicembre 2023 o con validità fino al 31 dicembre 2024:
 - VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____
 - VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE _____
- ✓ Che il beneficiario acconsente alla valutazione sociale/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.

Nel caso di accoglimento dell'istanza i sottoscritti dichiarano ai fini dell'erogazione dei benefici economici i seguenti dati:

Intestatario conto corrente (il c/c deve essere intestato o cointestato al beneficiario o al suo legale rappresentante): _____

Codice fiscale intestatario c/c: _____

CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE																												

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA (BARRARE)

- Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- Documentazione fiscale (fattura/ricevuta quietanzata e/o estratti conti bancari da cui risultino i pagamenti degli interventi effettuati) che comprovi la spesa sostenuta per gli interventi di sostituzione del lavoro di cura del caregiver familiare;
- Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità

ULTERIORI DOCUMENTI DA PRESENTARE SE NON E' STATA PRESENTATA ISTANZA MISURA B2 2023:

- Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni socio sanitarie del beneficiario con validità fino al 31.12.2023 (ISEE 2023) o con validità fino al 31.12.2024 (ISEE 2024);
- Copia fotostatica della certificazione di invalidità rilasciata ASL/INPS in corso di validità;
- Copia fotostatica della certificazione di gravità ex art. 3 c.3 della Legge 104/1992 in corso di validità;
- Eventuale verbale relativo all'indennità di accompagnamento;
- Copia documentazione di attestazione della tutela/curatela/amministrazione di sostegno per i richiedenti tutori/curatori/amministratori di sostegno;

Data e Luogo _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno _____

**DICHIARAZIONE
DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL CONFERIMENTO E TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto _____ in qualità di _____ dichiara Il sottoscritto _____ dichiara di aver letto e compreso l'Informativa sulla privacy "Informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della gestione del Comune di Abbiategrasso ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 10 del decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 51" correlata all'Avviso pubblico ed esprime con la firma in calce, il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data e Luogo _____

Firma del richiedente/familiare/tutore/curatore/amministratore di sostegno _____