



Al Comune di _____

ISTANZA

**PER L'ACCESSO E L'EROGAZIONE DELLE MISURE A FAVORE DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE A BASSO BISOGNO ASSISTENZIALE E DELLA PERSONA CON DISABILITA' CON NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO ELEVATO
(MISURA B2 - DGR n. 3719/2024)**

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

- ☐ **Per la prima volta**
- ☐ **In rinnovo**

3.1 INTERVENTI DI ASSISTENZA INDIRETTA (BUONI)

Gli interventi previsti alla lettera a), b), c) sono alternativi tra loro e non sono cumulabili

- ☐ **a) Buono sociale mensile CAREGIVER FAMILIARE**
- ☐ **b) Buono sociale mensile per PERSONALE DI ASSISTENZA**

☐ **c) Buono sociale mensile PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE**

3.2 INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA (SERVIZI INTEGRATIVI)

Gli interventi di assistenza diretta sono compatibili solo con l'intervento a) Buono caregiver familiare.

- ☐ Interventi a supporto e sollievo ai caregiver familiari
- ☐ prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio
 - ☐ ricovero temporaneo di sollievo;
- ☐ Progettualità di Benessere e miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità e anziana non autosufficiente:
- ☐ Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona anziana non autosufficiente e della persona adulta con disabilità
 - ☐ Prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona minorenni con disabilità in contesti socializzanti.

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'accesso e l'erogazione delle misure a favore della persona anziana non autosufficiente a basso bisogno assistenziale e della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (misura B2 - DGR n. 3719/2024)
- ☐ di possedere i requisiti richiesti dal sopra citato Avviso Pubblico;
- ☐ 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:

- ☐ per la richiesta del “Buono sociale caregiver familiare”, 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)¹
Cognome _____ Nome _____ per n. ____ ore settimanali
- ☐ che il beneficiario è destinatario della Misura Dopo di Noi per la seguente misura _____;
- ☐ che il beneficiario usufruisce del Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. 15/2015 per un importo mensile pari a € _____
- ✓ che il beneficiario NON è destinatario del Voucher anziani e disabili (ex DGR 7487/2017 e DGR 2564/2019);
- ✓ che il beneficiario NON è destinatario della Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissima ex DGR 7751/2022);
- ✓ 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 ex DGR 7769/2018;
- ✓ che il beneficiario NON usufruisce di prestazioni integrative Home Care premium/ INPS HCP
- ✓ che il beneficiario NON usufruisce della Prestazione Universale di cui agli artt. 34-36 del D.lgs 29/2024;
- ☐ che il beneficiario ha la seguente attestazione ISEE - secondo le disposizioni del D.P.C.M. 159/2013 e relativi provvedimenti attuativi - in corso di validità al momento della presentazione della domanda:
- VALORE ATTESTAZIONE ISEE ORDINARIO NUCLEO FAMILIARE _____
- VALORE ATTESTAZIONE ISEE PER PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE (NUCLEO RISTRETTO) _____
- ☐ che il beneficiario in caso di non possesso dell’attestazione ISEE in corso di validità, la farà pervenire entro **il 20 giugno 2025** pena l’inammissibilità della domanda;
- ✓ 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 della domanda 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. Nel caso di beneficiari minori, il c/c deve essere intestato o cointestato al genitore):

Codice fiscale intestatario c/c: _____

¹ Il **Caregiver familiare** come individuato dall’ art. 1, comma 255 della legge del 30 dicembre 2017, n. 205 è “la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell’altra parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado , ovvero, nei soli casi indicati dall’articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se’, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”, che si dedica, in modo continuativo e programmato, all’assistenza quotidiana del proprio congiunto.

CODICE IBAN (27 caratteri) relativo al CONTO CORRENTE																										

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA (BARRARE)

- ☐ Fotocopia carta identità e codice fiscale del beneficiario;
- ☐ Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente (se diverso dal beneficiario);
- ☐ Attestazione ISEE ordinario e per prestazioni socio sanitarie (ISEE nucleo ristretto) in corso di validità del beneficiario;
- ☐ 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;
- ☐ Permesso di soggiorno per i richiedenti stranieri in corso di validità;
- ☐ Copia fotostatica della comunicazione all'INPS di avvio rapporto di lavoro ed eventuale copia fotostatica del contratto di lavoro (limitatamente alle misure che prevedono la presenza di personale di assistenza)

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 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_____