Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale*)

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2022**

**ai sensi della misura B2 delle DGR n. 5791/2021 di Regione Lombardia**

**Il sottoscritto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome[[1]](#footnote-1) |  | cognome |  |
| nata/o a |  | il |  |
| c.f. |  | residente a  |  |
| in Via |  | CAP |  |
| tel. |  | cell. |  |
| mail |  | PEC |  |

in qualità di [ ]  beneficiario [ ]  tutore [ ]  curatore

[ ]  amministratore di sostegno [ ]  famigliare [ ]  genitore

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome[[2]](#footnote-2) |  | cognome |  |
| nata/o a |  | il |  |
| c.f. |  | residente a  |  |
| in Via |  | CAP |  |
| tel. |  | cell. |  |

**CHIEDE**

[ ]  INTERVENTO 1- Buono sociale a sostegno di persone adulte con grave disabilità che non usufruiscono di altre Misure/Servizi

[ ]  INTERVENTO 2- Buono sociale a sostegno di persone adulte con grave disabilità, che vivono con il supporto di personale di assistenza regolarmente impiegato, al proprio domicilio o in altre soluzioni abitative, senza la presenza del caregiver familiare.

[ ]  INTERVENTO 3- Buono sociale in favore di Minori con grave disabilità che non usufruiscono di altre Misure/Servizi

[ ]  INTERVENTO 4- Buono sociale in favore di persone anziane con grave disabilità che non usufruiscono di altre Misure/Servizi

[ ]  ALTRI INTERVENTI- Buono/Voucher sociale a sostegno di persone adulte con grave disabilità per l’elaborazione di progetti personalizzati

A tal fine, 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/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (beneficiario)**

1. È stato/a riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento e/o in condizione di gravità come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
2. Il nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare la tipologia di parentela):
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità grave (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/92):

[ ]  Sì [ ]  No

1. Individua come caregiver familiare

il/la sig./sig.ra (cognome e nome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grado di parentela o il tipo di relazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La persona negli scorsi anni ha beneficiato della Misura B2:

[ ]  Sì [ ]  No

1. La tipologia di presenza dell’assistente personale (badante):

[ ]  Nessuno [ ]  Assistente qualificato a tempo pieno

[ ]  Tempo pieno [ ]  Assistente qualificato a tempo parziale

[ ]  Tempo parziale

1. Utilizza altri servizi:

[ ]  Contributi economici (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  SAD/SADH [ ]  RSA Aperta [ ]  ADI

[ ]  CDD/CDI [ ]  Spazio autismo [ ]  TIS

[ ]  PROVI [ ]  Dopo di Noi [ ]  Pasti a domicilio

[ ]  Altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Nessun servizio

1. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale:

|  |  |
| --- | --- |
| Intestato a |  |
| Banca/uff. postale |  | Agenzia-filiale |  |
| Comune di |  |  |  |

**IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

In fede Luogo e data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allegano:

* Copia della carta di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario), del delegato alla riscossione e del caregiver familiare;
* Attestazione ISEE sociosanitario in corso di validità;
* Copia certificato d’invalidità (con indicata la diagnosi) del beneficiario e verbale Legge 104/92;
* Eventuale documentazione sanitaria già in possesso dell’interessato;
* Scale ADL e IADL (solo per adulti e anziani)
* Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela/ADS) o responsabilità genitoriale esclusiva;
* Modulo consenso informato.

1. *Richiedente* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Beneficiario* [↑](#footnote-ref-2)