Alla cortese attenzione Servizi Sociosanitari Valseriana

o

Al Comune di……………………….

(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI TITOLI DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2020**

**ai sensi della misura B2 della DGR n. 2862/2020 di Regione Lombardia**

**RICHIEDENTE**

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

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

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

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

indirizzo email ……………………………………………………………………………………….

in qualità di …………………………………………………………………………………………..

𑗓 beneficiario 𑗓 tutore 𑗓 curatore 𑗓 amministratore di sostegno 𑗓 familiare

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

richiedente)

|  |
| --- |
| cognome …………………………….nome……………………………..…………..nato/a ……………………………………………..…………. prov. ……… il ….……….………………...residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n .….……telefono……………………… codice fiscale……….……………………………………………… |

**CHIEDE**

in attuazione della DGR 2862/2020 e dell’avviso pubblico del 7 maggio 2020:

𑗓 Intervento 1 -

**BUONO SOCIALE** di € 200 mensili per persone che non usufruiscono di altre Misure/Servizi

𑗓 Intervento 2 -

**BUONO SOCIALE** di € 150 mensili per persone che non possono frequentare i servizi diurni

𑗓 Intervento 3 -

**BUONO SOCIALE** di € 200 mensili per Minori con grave disabilità

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 sig/sig.ra…………………………………..…………………………………...(beneficiario)**

possiede i requisiti di accesso previsti per l’intervento n°……….

3. il nucleo familiare anagrafico è cosi composto (con tipo di parentela)

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

4. la tipologia di parentela del caregiver familiare è

……………………………………………………………………………………………………..

5. la tipologia di presenza dell’assistente personale:

𑗓 Nessuno

𑗓 Tempo pieno

𑗓 Tempo parziale

6. Utilizza altri servizi :

𑗓 Contributi economici

𑗓 SADH

𑗓 ADI

𑗓 Altro……………………………………………………………………………………

𑗓 Nessun servizio

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

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

comune di ……………………….. codice IBAN

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

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

In fede

…………………………………………

(firma)

Luogo e data, ………………………………….

Si allegano:

* copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione;
* attestazione ISEE sociosanitario;
* copia certificato d’invalidità del beneficiario con diagnosi e verbale Legge 104/92;
* Informativa all’utenza sul trattamento dei dati personali sottoscritta dalla persona, dal richiedente o dal tutore/amministratore di sostegno
* copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela)

