

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 2021

ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, 4443/2021, 4562/21 di Regione Lombardia

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)
nato/a 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 a prov. il
residente in (comune) via n.
telefono..... codice fiscale.....

CHIEDE

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell'avviso pubblico adottato dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale Val Seriana nell'adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana:

- BUONO SOCIALE - Intervento Anziani
 CONTRIBUTO UNA TANTUM - **Fondo caregiver familiare per l'anno 2021** ai sensi della DGR n. XI/4443/2021, dichiarando la presenza di un caregiver familiare:
 Sì No

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) NON frequenta/utilizza strutture e servizi sociosanitari e sociali (come da bando CDI, RSA, RSA aperta, Bonus Assistente familiare);

3) Il nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare la tipologia di parentela):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

4) Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità grave (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92):

Sì No

5) Individua come **caregiver familiare**

il/la sig./sig.ra (cognome e nome)
(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità)..... Codice Fiscaleche dedica ore al giorno alla funzione di caregiver.

6) La persona negli scorsi anni ha beneficiato della Misura B2:

Sì No

7) La tipologia di presenza dell'assistente personale:

- Nessuno
- Tempo pieno
- Tempo parziale
- Assistente qualificato a tempo pieno
- Assistente qualificato a tempo parziale

8) Utilizza altri servizi:

- Contributi economici (specificare).....
- SAD
- ADI
- Altro
- Nessun servizio

9) 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

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;
- 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;
- Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela) o responsabilità genitoriale esclusiva;
- Modulo consenso informato.