UFFICIO DI PIANO
AMBITO TERRITORIALE
DISTRETTO 7
Ente Capofila: Comune di Rozzano

Al Comune di Basiglio
Servizi Sociali

Domanda di accesso alle misure B2 ex Dgr 2883/14 a favore di persone con disabilità grave o anziane non autosufficienti

RICHIEDENTE (BENEFICIARIO)

Il/la sottoscritto/a (cognome)……(nome)……
Nato/a……Prov.di……..il……..
Residente in (Comune)……via…….....n.....
Telefono…… Codice fiscale ……..

☐ in nome proprio

☐ per conto del beneficiario sotto riportato

BENEFICIARIO (compilare solo se si tratta di una persona diversa dal richiedente)

Cognome…….....Nome…….....
Nato/a……..Prov. di……..il…….
Residente in (Comune)……via……n.....
Telefono…….. Codice fiscale…….
Relazione di parentela con il Richiedente……..

Piano di Zona del distretto di Rozzano, Basiglio, Locate di Triulzi, Opera
Ufficio di Piano p.zza G. Foglia, 1 - 20089 Rozzano (MI) tel. e fax 02.82.26.351 e-mail: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it

CHIEDE

(barrare la voce che interessa)

☐ A - Buono sociale per **caregiver familiare** (convivente)

☐ B Buono sociale per prestazioni fornite da **assistente familiare con regolare contratto** di lavoro

☐ C - Buoni sociali per sostenere **progetti di vita indipendente** di persone con disabilità grave e gravissima di età compresa fra i 18 e i 64 anni che intendono realizzare il proprio progetto di vita autonoma dai caregiver familiari con l'ausilio di un assistente personale autonomamente scelto e con regolare contratto di lavoro

☐ D - Contributi sociali per **periodi di sollievo alla famiglia** trascorsi presso struttura residenziale, dando la priorità ai nuclei familiari nei quali il caregiver sia convivente con l'assistito

☐ E **- Voucher sociali** per l'acquisto di **interventi integrativi per utenti in carico al SAD** comunale (trasporto-pasti-lavanderia)

☐ F - **Potenziamento** degli interventi domiciliari a persone già in carico al **SAD** comunale

☐ G - **Voucher socia**li per sostenere progetti di **natura educativo socializzante per minori con disabilità** (pet teraphy- attività motoria in acqua – frequenza centri estivi….)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 200. n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il beneficiario (ovvero richiedente, se coincidente con beneficiario) risulta:

- ❑ TITOLARE INVALIDITA' CIVILE AL 100% CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
- ❑ PERCETTORE DI INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO AI SENSI DELLA L.104/92 (ART.3,COMMA 3)
- ❑ DI ESSERE IN POSSESSO DELLA CERTIFICAZIONE ISEE RILASCIATA NELL'ANNO 2015

Piano di Zona del distretto di Rozzano, Basiglio, Locate di Triulzi, Opera
Ufficio di Piano p.zza G. Foglia, 1 - 20089 Rozzano (MI) tel. e fax 02.82.26.351 e-mail: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it

IL RICHIEDENTE DICHIARA INOLTRE

1. di autorizzare visite domiciliari di operatori sociali del Comune ai fini della valutazione della domanda e dei controlli sull' assistenza prestata;
2. di comunicare tempestivamente altri eventuali motivi che facciano venir meno la necessità delle prestazioni richieste;
3. di indicare ai fini dell'accreditamento dei benefici economici le seguenti coordinate bancarie di **conto corrente intestato o co-intestato al beneficiario**

   codice IBAN ……

   Banca / Ufficio Postale ……..……...

   Agenzia…… …… Comune……
4. di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità specificamente indicate nell'informativa di cui all' art. 13 del d. Lgs n. 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali";
5. di essere consapevole della possibilità di esecuzione di controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ai sensi della l. 109/98 e 130/00 con invio di documentazione agli uffici della guardia di finanza;
6. di autorizzare preventivamente ad eseguire detti controlli di veridicità;
7. di essere consapevole in caso di dichiarazioni mendaci del decadimento dei benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previsti dagli artt. 75 e 76 del d.p.r. del 28 dicembre 2000 n. 445, oltre ad un addebito pari alle integrazioni/agevolazioni economici eventualmente ricevuti con applicazione di interessi legali e risarcimento danni materiali e morali causati all'ente.

Allega alla domanda:

***per tutte le misure previste (* B2ex Dgr 2883/14)**

- ❑ fotocopia del documento di identità del sottoscrittore e del beneficiario
- ❑ fotocopia del verbale di invalidità civile e indennità di accompagnamento dell'ASL territoriale

***per la misura* B - (assistente familiare con regolare contratto di lavoro)**

- ❑ fotocopia del contratto di lavoro con relativi versamenti contributivi dell'anno in corso

Piano di Zona del distretto di Rozzano, Basiglio, Locate di Triulzi, Opera
Ufficio di Piano p.zza G. Foglia, 1 - 20089 Rozzano (MI) tel. e fax 02.82.26.351 e-mail: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it

***per la misura* C – (progetti di vita indipendente)**

- ❑ documentazione attestante il progetto di vita indipendente (rogito casa- eventuali spese da sostenere per l'assistenza personale…)contratto di lavoro dell'assistente familiare

***per la misura* D - (periodi di sollievo alla famiglia)**

Denominazione Struttura Residenziale individuata _____

_____ con preventivo di spesa;

***Per la misura* E – (interventi integrativi per utenti già in carico al SAD)**

- ❑ documentazione attestante il progetto inerente il servizio integrativo

***Per la misura* G – (voucher sociali per minori disabili di natura educativo-socializzante)**

- ❑ documentazione attestante il progetto educativo socializzante con eventuale preventivo di spesa

n fede
Firma del richiedente

……., li _____ _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Valore ISEE _____

Piano di Zona del distretto di Rozzano, Basiglio, Locate di Triulzi, Opera
Ufficio di Piano p.zza G. Foglia, 1 - 20089 Rozzano (MI) tel. e fax 02.82.26.351 e-mail: ufficiodipiano@comune.rozzano.mi.it