



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

**Al Comune di .....**  
**Servizi Sociali**

CAT. VII - -

**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.....



## 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 sociali** per sostenere progetti di **natura educativo socializzante per minori con disabilità** (pet therapy- 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



## 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



**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

In fede  
Firma del richiedente

....., li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Valore ISEE \_\_\_\_\_

