



(barrare l'intervento richiesto)

|   |  |
|---|--|
| 1) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza continuativa alla persona sola al domicilio da parte di <i>personale di assistenza assunto con regolare contratto</i> ;   |  |
| 2) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver familiare</i> ;   |  |
| 3) Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal <i>caregiver familiare</i> al quale aggiungere Buono sociale mensile per le <i>prestazioni di assistenza assicurate dal personale di assistenza assunto con regolare contratto</i> ; |  |
| 4) Voucher per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità;   |  |
| <b>In alternativa</b> ai Buoni di cui sopra:  |  |
| 5) Buono sociale mensile per sostenere Progetti di Vita Indipendente.   |  |

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

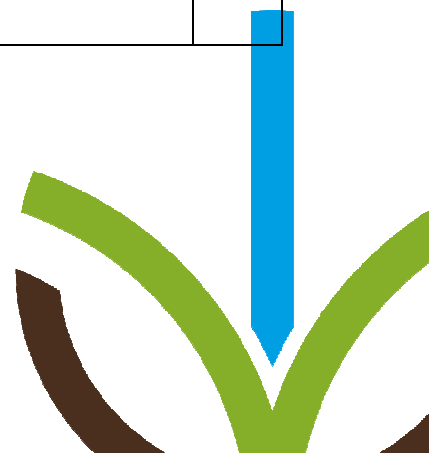
## DICHIARA

|   |  |
|---|--|
| Che il candidato possiede i requisiti previsti per l'accesso alla Misura come riportato nell'Avviso Pubblico;   |  |
| Di aver preso visione e di accettare i termini dell'Avviso Pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;  |  |
| Che il Buono/Voucher per cui è richiesta la valutazione non è finanziato da altre provvidenze economiche;   |  |
| Di aver beneficiato del Buono per prestazioni di cura assicurate da un assistente professionale regolarmente assunto con l'FNA precedente (solo se effettivamente finanziato)   |  |
| Di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);  |  |
| Che NON sussiste nessuna delle seguenti cause di incompatibilità: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);</li><li>✓ Misura B1;</li><li>✓ contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;</li></ul> |  |

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)  
Tel. 02 90788326 / PEC: udp.pieveemanuele@legalmail.it



|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;</li> <li>✓ presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;</li> <li>✓ Bonus per assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.</li> </ul> |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>Che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:</b>  |  |
| Lo stato di invalidità al 100%;  |  |
| La disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3 <i>oppure</i> l'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L.508/1988; |  |

**Che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) in corso di validità viene autocertificato, come risultante dall'attestazione ISEE, è pari a:**

Euro \_\_\_\_\_;  
 (capo obbligatorio per l'ammissibilità dell'istanza; In alternativa è possibile allegare attestazione ISEE)

### SI IMPEGNA

- ✓ a concordare con il Servizio Sociale Professionale la presa in carico utile ai fini dell'istruttoria;
- ✓ a consentire che le Assistenti Sociali Comunali verifichino la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato in favore del beneficiario, e ne monitorino in corso d'anno l'effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso ne determinerà il decadimento del diritto;

Unitamente alla presente istanza, pena l'esclusione dalla graduatoria, si consegnano i seguenti **allegati obbligatori**:

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento;
- Copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale se la domanda viene presentata da Amministratore di sostegno, curatore o tutore;
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario;
- Verbale di invalidità o riconoscimento della gravità dell'handicap (sono esonerati coloro che hanno presentato domanda nell'annualità 2020 qualora la documentazione sanitaria risulti invariata);

Ad integrazione della suddetta documentazione:

Per il Buono sociale mensile per le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare:

- Autodichiarazione del caregiver familiare (allegato B dell'Avviso) che attesti la **convivenza anagrafica** con il beneficiario e l'assenza di invalidità riconosciuta (non superiore al 75%) oltre alla

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)  
 Tel. 02 90788326 / PEC: udp.pieveemanuele@legalmail.it



documentazione attestante la situazione occupazionale (disoccupato, lavoratore part time con indicazione monte ore settimanale max 25 ore settimanali, cassintegrato, pensionato, ecc).

Per il Buono sociale mensile per l'acquisto di prestazioni da assistente professionale con regolare contratto di lavoro e per Progetto di Vita Indipendente:

- Copia del contratto di assunzione dell'assistente professionale, ultima busta paga **regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente professionale.**

L'erogazione del contributo avverrà solo a presentazione della **busta paga mensile regolarmente firmata dal datore di lavoro e dall'assistente professionale** e del **cedolino attestante l'avvenuto versamento dei contributi previdenziali.**

Qualora l'importo della busta paga mensile sia inferiore al valore del Buono sociale assegnato, verrà in ogni caso riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (busta paga).

La copia della busta paga mensile e del cedolino attestante il versamento dei contributi previdenziali dovranno essere inviati ai Servizi Sociali/Assistente Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ all'indirizzo:

Per il Voucher per sostenere progetti di natura educativo socializzante in favore di minori con disabilità:

- Preventivo relativo ai progetti di sostegno alla vita di relazione di minori con disabilità, corredato dall'Allegato C dell'Avviso e timbro del soggetto erogatore.

Qualora l'importo della fattura sia inferiore rispetto al preventivo presentato verrà riconosciuto il beneficio fino a concorrenza della spesa sostenuta (fattura).

## COMUNICA INOLTRE

che in caso di riconoscimento del beneficio economico, il codice IBAN su cui effettuare il versamento di quanto spettante è il seguente:

\_\_\_\_\_

Intestato a

## DICHIARA

Inoltre, di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di *Pieve Emanuele* / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)  
Tel. 02 90788326 / PEC: [udp.pieveemanuele@legalmail.it](mailto:udp.pieveemanuele@legalmail.it)



stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano**

---

**Ufficio di Piano**

**Sede di Pieve Emanuele** / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)  
Tel. 02 90788326 / PEC: [udp.pieveemanuele@legalmail.it](mailto:udp.pieveemanuele@legalmail.it)



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679 e di avere preso atto dei diritti di cui all'art. 15 del citato Regolamento 2016/679, ed esprime:

Il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa;

Il proprio diniego al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali e sensibili, consapevole che il diniego non consente lo svolgimento delle attività richieste;

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Considerato che il/la Signore/a \_\_\_\_\_

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

in qualità di:

- FAMILIARE
- TUTORE
- CURATORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

### Acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, ai sensi della DGR 2883/14, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ambito Distrettuale Visconteo Sud Milano

Ufficio di Piano

Sede di Pieve Emanuele / Via Viquarterio, 1 / 20090 Pieve Emanuele (MI)

Tel. 02 90788326 / PEC: udp.pieveemanuele@legalmail.it

