



Amministrazione destinataria

Comune di Desio

Ufficio destinatario

Segretariato sociale

Domanda per l'accesso alle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza previste dal FNA per caregiver

Ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 28/12/2023, n. XII/1669

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'accesso alle misure a favore delle persone con disabilità grave o in condizioni di non autosufficienza previste dal FNA per caregiver

- per sé stesso
- per il seguente beneficiario

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il beneficiario gode di protezione giuridica con tutore, curatore o amministratore di sostegno

di aver ottenuto il riconoscimento di invalidità civile 100% con indennità accompagnamento

di aver ottenuto il riconoscimento di invalidità civile 100% senza indennità accompagnamento

di essere in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104, art. 3, com. 3 o in attesa di definizione dell'accertamento

di possedere il seguente ISEE

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Importo | Data di rilascio | Data di scadenza |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| € | | |

DICHIARA INOLTRE

di non essere attualmente beneficiario della Misura B1 ai sensi delle diverse Deliberazioni della Giunta regionale in materia

di non essere beneficiario di uno o più tra i seguenti interventi assistenziali, che siano erogati da Enti Pubblici o privato o Enti previdenziali:

- servizio pasto continuativo
- servizio trasporto continuativo
- servizio assistenza domiciliare
- contributo economico mensile per tutta la durata della misura di importo pari o superiore a quello potenzialmente ottenibile in caso di ammissione e finanziamento alla misura stessa

di non beneficiare dei voucher anziani e disabili (ex Deliberazione della Giunta regionale 04/12/2017, n. X/7487 e Deliberazione della Giunta regionale 02/12/2019, n. XI/2564)

di non essere accolto in maniera definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (esempio RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)

di non essere in carico alla misura RSA APERTA ex Deliberazione della Giunta regionale 17/01/2018, n. X/7769

di non beneficiare di contributo da risorse progetti di vita indipendente – PRO.VI – per onere assistente personale regolarmente impiegato

di non beneficiare di contributo Home Care Premium/INPS HCP

di beneficiare dei sostegni previsti dalla misura Dopo di noi

di non essere accolto in ricovero di sollievo nel solo caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale

di essere stato beneficiario del Progetto di Vita Indipendente per l'annualità FNA 2022

che il ruolo di caregiver viene principalmente svolto dal seguente soggetto per almeno 20 ore settimanali

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome | | Nome | | Codice Fiscale | | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | | |
| Residenza | | | | | | | | | |
| Provincia | Comune | Indirizzo | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC | CAP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | Posta elettronica certificata | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| Ore medie giornaliere | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | |

- di essere 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
- di essere consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, messi in atto dall'Ambito avvalendosi anche della collaborazione del case manager
- di impegnarsi a sottoporsi alla valutazione sociale e/o multidimensionale integrata Comune/ASST, come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale 28/12/2023, n. XII/1669, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento
- di impegnarsi a presentare entro 5 giorni lavorativi la documentazione che eventualmente verrà richiesta dall'Ufficio di Piano a seguito di verifiche a campione; consapevole che la mancata presentazione di suddetta documentazione entro i termini previsti comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di residenza e direttamente all'Ufficio di Piano di Desio:
 - il decesso del beneficiario
 - il trasferimento del beneficiario
 - l'accoglienza definitiva del beneficiario presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)
 - l'eventuale ricovero di sollievo qualora il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sociale Regionale
 - l'accoglimento della domanda di valutazione integrata della condizione di non autosufficienza per accedere agli "Interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale 21/12/2021, n. XI/579 - Misura B1"
 - la modifica della composizione del nucleo familiare
 - la modifica delle condizioni reddituali della famiglia
 - la modifica del nominativo del caregiver
 - l'aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare
 - ogni altro cambiamento significativo ai fini dell'accesso al beneficio
- di essere consapevole che la mancata comunicazione di queste informazioni comporta l'immediata decadenza dal beneficio e l'obbligo della restituzione delle somme indebitamente percepite

COMUNICA

il seguente conto corrente bancario per l'accredito dell'eventuale contributo (non è ammesso il libretto postale)

| | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| Istituto | | |
| <input type="text"/> | | |
| IBAN | | |
| <input type="text"/> | | |
| Codice BIC (swift) (se conto estero) | | |
| <input type="text"/> | | |
| Intestatario del conto corrente | | |
| <input type="radio"/> il sottoscritto è intestatario del conto corrente | | |
| <input type="radio"/> l'intestatario del conto corrente è | | |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dell'attestazione ISEE
- copia della certificazione medica attestante handicap grave
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche
- copia del decreto o ordinanza di nomina in caso di tutela, cura o amministrazione di sostegno
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Desio

Luogo

Data

il dichiarante