



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 minori

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 <input type="checkbox"/>	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"/>			

in qualità di

Ruolo (*)				
<input type="text"/>				
Decreto di nomina				
Tribunale	Data del decreto	Numero del decreto	Data inizio validità	Data fine validità
<input type="text"/>				

(*) genitore dichiarante, genitore unico, genitore affidatario, tutore, amministratore di sostegno, curatore

del minore

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 <input type="checkbox"/>	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"/>

eventuale genitore

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 <input type="checkbox"/>	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 minori

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

- 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 della collaborazione del case manager
- di essere consapevole che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2
- di possedere il seguente ISEE

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

- che il minore presenta difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico
- l'indennità di frequenza mensile ai sensi della Legge 11/10/1990, n. 289, art. 1
- di far parte della rete parentale dei genitori separati
- di far parte della rete monoparentale

- il possesso di certificazione di handicap grave ai sensi della Legge 05/02/1992. n. 104, art. 3, com. 3
- il possesso di certificazione di alunno disabile ai sensi della Legge 05/02/1992. n. 104, art. 4

DICHIARA INOLTRE

- 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 documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda
- 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 Regionalel'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
- di aver debitamente informato e ottenuto il consenso alla presentazione della presente domanda l'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale

COMUNICA

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

Istituto		
IBAN		
Codice BIC (swift) (se conto estero)		
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

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