**Amministrazione destinataria**

Comune di Noviglio

**Ufficio destinatario**

Servizi Sociali

# Domanda di accesso al contributo regionale per persone in condizioni di disabilità grave o non autosufficienti (misura B2)

## Il sottoscritto

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

**Soggetto interessato**

- ◯ per sé stesso
- ◯ per il seguente familiare o tutelato

## soggetto interessato

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)**

## 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'erogazione del seguente voucher sociale, buono o contributo

- ☐ buono sociale mensile finalizzato a compensare prestazioni di assistenza assicurata dal solo caregiver familiare
- ☐ buono sociale mensile finalizzato a riconoscere prestazioni assicurate da personale di assistenza regolarmente impiegato anche in presenza del caregiver familiare
- ☐ voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità
- ☐ voucher sociale per interventi che favoriscano il benessere psicofisico e sostengano la vita di relazione di adulti e anziani con disabilità

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 avere invalidità

- ○ con accompagnamento
- ○ senza accompagnamento

**nella seguente percentuale**

**Percentuale invalidità**

%

**certificata da Legge 104 con il seguente esito**

**Articolo** | **Comma**

**Esenzione ticket** | **Diagnosi**

**Beneficio voucher, buoni o contributi**

- ☐ di avere beneficiato di voucher, buoni o contributi

**Tipo contributo**

**DICHIARA INOLTRE**

che il proprio caregiver di riferimento è il seguente

**caregiver**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

☐ di possedere il seguente ISEE

**Importo** € **Data di rilascio** **Data di scadenza**

**Tipo ISEE**

- ○ ordinario
- ○ sociosanitario - beneficiario, coniuge, figli minorenni, figli maggiorenni se a carico
- ○ sociosanitario - solo beneficiario maggiorenne, è il caso di persona non coniugata e senza figli che vive con i genitori o con altri parenti o con altre persone
- ○ sociosanitario - genitori del beneficiario minorenne anche se non coniugati e non conviventi

☑ di essere a conoscenza che la domanda potrà riguardare servizi solo per l'anno solare in cui viene presentata, ogni anno quindi il beneficiario dovrà ripresentarla in misura correlata ai nuovi indicatori ISEE

☑ che la propria condizione porta ad avere la necessità di appoggio o di aiuto da parte di altre persone

☐ **componente n. 1**

**Cognome** **Nome** **Codice Fiscale**

**Data di nascita** **Sesso** **Luogo di nascita** **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 2**

**Cognome** **Nome** **Codice Fiscale**

**Data di nascita** **Sesso** **Luogo di nascita** **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 3**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 4**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 5**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 6**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 7**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ **componente n. 8**

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Rapporto di parentela**

**Professione**

☐ di avere figli non conviventi

**Totale figli non conviventi**

☐ che è presente un assistente familiare

**Per un totale di ore**

☑ di utilizzare il voucher sociale per acquistare le prestazioni selezionate dai soggetti accreditati, erogate mediante l'intervento di operatori qualificati e titolati, in base al voucher concordato con il servizio sociale

☑ di informare immediatamente il servizio sociale nel caso di ricovero presso strutture residenziali o nel caso di significativi cambiamenti rispetto alla situazione personale

☑ di essere a conoscenza che ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 403/98 art. 11, comma 3, il sottoscritto decade dai benefici ottenuti

**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)*

- [x] copia dell'attestazione ISEE
- [x] copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile
- [ ] copia del documento d'identità e codice fiscale del beneficiario
  *(da allegare solo se il beneficiario è diverso dal dichiarante)*
- [ ] 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.

| Luogo | Data | il dichiarante |
|---|---|---|
| Noviglio | | |