

Al Comune di _____

Ambito di Ostiglia

**MODULO PER L'ASSEGNAZIONE DELLA MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE O
COMUNQUE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (MISURA B2) PREVISTA DALLA D.G.R. N. XII/1669
del 28/12/2023 E SUCCESSIVE MODIFICHE CON LA N. XII/2033 DEL 18/03/2024**
(in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e di atto di notorietà, art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente nel comune di _____

In via _____ n. _____

Telefono _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

in qualità di

☐ diretto interessato☐ familiare grado di parentela _____☐ tutore nominato con decreto n. _____ del _____☐ amministratore di sostegno nominato con decreto n. _____ del _____

del sig. (Cognome e Nome) _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente nel comune di _____

in via _____ N. _____

telefono _____

e- mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE☐ Buono sociale mensile a sostegno del/la caregiver familiare

oppure

☐ Buono sociale mensile del personale di assistenza regolarmente impiegato☐ (già beneficiario nell'anno precedente)

Oppure

☐ Assegno di autonomia per personale di assistenza regolarmente impiegato

☐ Interventi integrativi sociali

DICHIARA

- che il richiedente si trova nelle condizioni per accedere all'intervento richiesto;
- di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi dell'art. 71, D.P.R. n. 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che comporti la revoca dell'intervento
- che il richiedente è già fruitore di *(barrare le voci interessate)*:

Specificare servizi e/o sostegni economici fruiti dalla persona beneficiaria (barrare una o più caselle):

- ☐ Ricovero di sollievo RSA/RSD spesa sostenuta annuale _____
- ☐ ADI
- ☐ SAD compreso servizi integrativi (pasti a dom. trasporti ecc.) spesa sostenuta annuale _____
- ☐ Sostegno "Dopo di Noi" (indicare tipologia progetto e importo € _____)
- ☐ Misura Case management ex DGR 392/2013
- ☐ Servizi Prima Infanzia/Scuola dell'Infanzia/Scuola Primaria/Scuola Secondaria I grado/Scuola Secondaria II grado (indicare scuola frequentata _____)
- ☐ Servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico
- ☐ Dopo scuola _____ costo sostenuto _____
- ☐ Educativa domiciliare
- ☐ Centri diurno CSE CDD SFA (part – time) (full – time) spesa sostenuta annuale _____
- ☐ Riabilitazione ambulatoriale / domiciliare spesa sostenuta annuale _____
- ☐ Riabilitazione minori ambulatoriale
- ☐ Prestazioni Home Care Premium
- ☐ Frequenza servizi riabilitativi scolastici (Casa del Sole)
- ☐ Altro (specificare _____)
- ☐ Nessuno

DICHIARA ALTRESI'

di essere in possesso di *(spuntare le voci che interessano)*:

- ☐ beneficiario di indennità di accompagnamento
- ☐ certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92

- ☐ un regolare contratto di lavoro di assunzione di assistente familiare/personale per numero ore _____ settimanali;
- ☐ di beneficiare di un continuo aiuto da parte del caregiver familiare (cognome e nome) _____, specificare legame parentale _____
- ☐ un ISEE sociosanitario e/o del nucleo ristretto pari a € _____

Oppure

- ☐ un ISEE ordinario (solo per richieste a favore di minori) pari a €

Oppure

- ☐ non ha ancora l'Isee e si impegna a presentarlo entro la data di scadenza del bando.

Che il nucleo familiare è nella seguente condizione (barrare quella corrispondente):

- ☐ Presenza nel nucleo di n. persone _____ con invalidità tra il 67% e il 99%
- ☐ Presenza nel nucleo di altro richiedente per la domanda B2 (specificare nome e cognome di chi beneficia come primo richiedente _____ e come secondo richiedente _____)

Solo per chi richiede il buono CARE GIVER

- ☐ Care giver familiare convivente
- ☐ Care giver familiare non convivente

Per i minori :

- ☐ famiglia monogenitoriale o con genitori separati
☐ entrambi i genitori

Tutto ciò premesso:

CHIEDE

- ☐ che il contributo eventualmente concesso venga versato sul conto corrente personale del beneficiario.

A tal fine, in ottemperanza al disposto dalla Legge 13/08/2010, n° 136, art. 3 “Tracciabilità dei flussi finanziari”, comunica gli estremi del proprio conto corrente:

[illegible]

Conto cointestato:

□ SI'

☐ NO

EVENTUALE COINTESTATARIO DEL CONTO	COGNOME
	NOME
	COD.FISCALE
	Nato a
	Il
	Residente a
	In via

☐ che il contributo eventualmente concesso venga riscosso da (grado di parentela) _____
_____, sig./sig.ra _____ residente a _____
_____ in via _____, al/alla quale rilascio,
contestualmente alla presente richiesta, formale delega del beneficiario per la riscossione.

[illegible]

DATI ANAGRAFICI INTESTATARIO DEL CONTO	Nome/cognome.....
	Residente a
	Indirizzo: VIA
	C.F.
	Nato ail

al fine di prevenire situazioni di non accredito del valore del buono/voucher di cui risulterà assegnatario, fotocopia del codice IBAN dell'istituto di credito presso il quale dovrà essere accreditato il beneficio economico ed eventuale delega.

La presente comunicazione è fornita ai sensi e per gli effetti della Legge 13/08/2010, n° 136. Eventuali modifiche sui dati del conto corrente sopra indicato, saranno comunicate tempestivamente e comunque entro 7 giorni dalla data di variazione (comma 7 art. 3, L. 136/2010).

IL RICHIEDENTE
(firma leggibile)

IL SOTTOSCRITTO esprime il proprio consenso ed autorizza il trattamento dei dati per la finalità sopra indicata.

Luogo e data: _____ Firma _____

ALLEGA

- Certificato di invalidità civile del beneficiario con indicante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3, comma 3 della Legge 104/1992 o Certificato di invalidità civile con accompagnamento ai sensi della L.18/1980;
- Eventuale certificato di invalidità superiore al 67% di altri componenti il nucleo familiare del beneficiario;
- Titolo di soggiorno ed eventuale ricevuta di richiesta di rinnovo se scaduto;
- Copia del documento d'identità del beneficiario e del firmatario (se persona diversa);
- Codice IBAN rilasciato dalla Banca o Poste Italiane;
- Eventuale Delega alla riscossione del contributo da persona diversa dal beneficiario;
- Se richiesto buono sociale caregiver: copia del documento d'identità del caregiver familiare;
- Se richiesto buono sociale assistente familiare: copia del contratto per lo svolgimento del servizio dell'assistente familiare in cui sia chiaramente riportato il costo del servizio o documentazione relativa al contratto di fornitura del servizio di assistenza da parte di soggetto terzo (es Cooperativa), copia del versamento dei contributi e ultima busta paga;

Data _____ Firma _____