MODULO DI DOMANDA MISURA SOSTEGNO E/O MISURA SERVIZI ai sensi della DGR XII/6320/2026 - AMBITO ALTO MILANESE

COMUNE DI _____

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO: _____

INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO:

COGNOME E NOME:	
NATO/A A:	IL
CODICE FISCALE:	
COMUNE DI RESIDENZA:	DOMICILIO (se diverso dalla residenza):
INDIRIZZO:	
TELEFONO:	MAIL:

INFORMAZIONI RELATIVE A CAREGIVER/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

CAREGIVER FAMILIARE (NOME E COGNOME)	
GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO	
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOME E COGNOME)	
RECAPITO TELEFONICO	

INFORMAZIONI RELATIVE AL PROGETTO:

FINALITÀ della domanda (indicare il motivo principale):

MISURA SOSTEGNO:

- ☐ CONTRIBUTO MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA CAREGIVER FAMILIARE
- ☐ CONTRIBUTO MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DALL'ASSISTENTE FAMILIARE
- ☐ ASSEGNO AUTONOMIA

MISURA SERVIZI: (SOLO SE RICHIESTO CONTRIBUTO CAREGIVER AL PUNTO SOPRA)

- ☐ ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO
- ☐ RIMBORSO PER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE
- ☐ PRESTAZIONE SOCIOEDUCATIVA/EDUCATIVA IN CONTESTI SOCIALIZZANTI, ANCHE ATTRAVERSO LO SVILUPPO DI PROGETTUALITÀ

ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato/nucleo familiare:

- ☐ NESSUNO
- ☐ CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA PER FREQUENZA STRUTTURE DIURNE
- ☐ CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA
- ☐ LEGGE 112, DOPO DI NOI
- ☐ PRO.VI.
- ☐ ASSEGNO DI INCLUSIONE (ADI)
- ☐ SAD COMUNALE
- ☐ INSERIMENTO PRESSO UNITÀ D'OFFERTA SEMIRESIDENZIALI SANITARIE, SOCIOSANITARIE O SOCIALI: SPECIFICARE MONTE ORE_____ (inserito in base a nuova dgr)
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO misura sostegno:

IMPORTO TOTALE € _____

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO misura servizi:

IMPORTO TOTALE € _____

AI fini della predisposizione della graduatoria:

- ☐ Il beneficiario vive solo
- ☐ Il beneficiario minorenne vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
- ☐ Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
- ☐ Nessuna delle precedenti

REQUISITI

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:

   - ☐ CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
   - ☐ CERTIFICAZIONE DI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO
   - ☐ DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92

2. IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:

   - ☐ DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE 2026 PARI A € _____;

3. CHE L'ASSISTENZA ALLA PERSONA VIENE GARANTITA DA:

   - ☐ CARE GIVER FAMILIARE (INDICARE GRADO DI PARENTELA) _____
   - ☐ ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA/O PER UN MONTE ORE SETTIMANALE _____

4. CHE È STATO PROGRAMMATO UN PERIODO DI SOLLIEVO PRESSO: _____ NEL PERIODO DAL _____ AL _____ PER UN COSTO COMPLESSIVO DI € _____ DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;

5. CHE LA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA NECESSITA DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO EROGATE DALLA COOP/ENTE _____ (INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI SOLLIEVO AL CARE GIVER FAMILIARE), DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;

6. CHE A FAVORE DELLA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA VENGONO REALIZZATI PROGETTI EDUCATIVI/SOCIOEDUCATIVI COME MEGLIO DI SEGUITO SPECIFICATO, EROGATI DA _____, DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;

IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA INOLTRE

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- ☐ di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell'avviso pubblico;
- ☐ di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al Comune di residenza;
- ☐ di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l'Ufficio di Piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l'assenza di requisiti o l'errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

ALLEGATI

- ☐ COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITÀ AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;
- ☐ COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITÀ CIVILE;
- ☐ COPIA DELL'ATTESTAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO O INDENNITÀ DI FREQUENZA;
- ☐ CERTIFICAZIONE ISEE 2026;
- ☐ PER L'INTERVENTO A SOSTEGNO DEI COSTI DI UN ASSISTENTE PERSONALE, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;
- ☐ PER GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA DI CUI AL PUNTO 4b DELL'AVVISO ALLEGARE PREVENTIVI DI SPESA PER LE ATTIVITÀ PREVISTE;
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;
- ☐ EVENTUALE COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINSITRATORE DI SOSTEGNO
- ☐ EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO VOLONTARIA GIURISDIZIONE DI COMPETENZA;
- ☐ ALTRO (specificare): _____

DATA_____

IL COMUNE DI _____

FIRMA richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno

_____