



**AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI**

**Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno,  
Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello.**

Spett.le  
Azienda Sociale  
Piazza Mazzini 43  
20022 Castano Primo  
-----

**OGGETTO: DOMANDA A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER  
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI - EX DGR 1253/2019**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Richiedente per sé:

Tutore di: \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno di: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

(in caso di tutore, curatore o amministratore di sostegno allegare copia del decreto del tribunale)

Richiedente per \_\_\_\_\_, in qualità di  
\_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela)



**AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI**

**Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno,  
Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello.**

**CHIEDE**

di poter beneficiare degli interventi ex DGR 1253/2019 a sostegno delle persone con grave disabilità e di anziani non autosufficienti, nello specifico chiede di poter beneficiare della seguente misura:

- Buono sociale mensile** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da care giver familiare
- Buono sociale mensile** finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate dall'assistente familiare.
- Buono sociale mensile** per sostenere progetti di vita indipendente di persone con disabilità fisico-motoria grave e gravissima, con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa tra i 18 e i 64 anni, che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e da loro assunto direttamente.
- Voucher sociali per la vita di relazione di minori con disabilità:** per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- a) di avere necessità quotidiana di aiuto e supporto da parte di uno o più familiare/i-care giver qui sotto riportati che quotidianamente svolge/svolgono attività di aiuto e supporto al proprio familiare:

<b>DATI RIFERITI AL SOGGETTO CON GRAVE DISABILITA' E/O ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE</b>	
Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	Prov. _____
il ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina
Codice Fiscale: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____	
Tessera sanitaria n. ____/____/____/____/____/____	
Residente in via/p.za _____ a _____	



**AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI**

**Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno,  
Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello.**

a) che la persona per cui si chiede il beneficio ha un riconoscimento di invalidità nella misura del \_\_\_\_\_ (indicare la percentuale) e della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o è in possesso dell'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con la L. 508/1988

b) che il minore per cui si chiede il beneficio è riconosciuto invalido/disabile, con riconoscimento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92 o con il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della L. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con la L. 508/1988

c) che l'ISEE della persona per cui si chiede il beneficio ammonta ad € \_\_\_\_\_

d) che l'assistenza alla persona viene garantita da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in qualità di care giver familiare (indicare grado di parentela) per un monte ore settimanali pari a \_\_\_\_\_, come indicato nella dichiarazione allegata,

in qualità di assistente familiare regolarmente assunta/o per un monte ore settimanali \_\_\_\_\_, come indicato nella dichiarazione allegata,

e) che a favore del minore per cui si presenta domanda vengono realizzati dei progetti educativi e socializzanti volti a favorire il suo benessere psicofisico, che prevedono le seguenti attività:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che vengono erogate e/o acquistate da:

\_\_\_\_\_

f) che la persona per cui si chiede il beneficio non è attualmente ricoverata a tempo indeterminato presso residenza per anziani (RSA), residenza sanitaria disabili (RSD), struttura riabilitativa afferente sia al sistema sanitario che socio-sanitario, hospice e comunità alloggio socio-sanitaria per persone con disabilità (CSS),

g) che la persona per cui si chiede il beneficio sta usufruendo delle seguenti misure:



**AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI**

**Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno,  
Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello.**

- misura B1
- voucher anziani e disabili ex DGR DGR 7487/2017
- il bonus per assistente familiare iscritto al registro di assistenza familiare ex L.R. 15/2015
- contributo progetto HOME CARE PREMIUM
- nessuna misura

h) che la persona per cui si presenta domanda per la misura b2 sta beneficiando dei seguenti contributi (dopo di noi, contributi economici comunali, REI/RdC,...):

---

---

---

---

i) che la persona per cui si presenta domanda per la misura b2 sta beneficiando dei seguenti interventi/prestazioni (sad, adi, pasti...):

---

---

---

---

l) di dare tempestiva comunicazione ad Azienda Sociale in caso di ricovero presso qualsiasi istituto di cura, riabilitazione ecc, di trasferimento di residenza o di decesso,

m) nel caso di valutazione positiva da parte di Azienda Sociale che comporti l'erogazione di un beneficio economico, il/la sottoscritto/a sceglie la seguente modalità di erogazione dello stesso:

accredito in c/c bancario o postale (indicare l'Istituto Bancario o l'ufficio postale):

\_\_\_\_\_ Agenzia: \_\_\_\_\_ intestato a :

ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

**A L L E G A**

- ✓ Copia del certificato di invalidità,
- ✓ Copia della certificazione di gravità ai sensi dell'art 3 comma 3 L. 104/92
- ✓ Copia dell'attestazione relativa al possesso dell'indennità di accompagnamento,
- ✓ Copia attestazione ISEE, in corso di validità
- ✓ Fotocopia del documento di identità in corso di validità della persona per cui si chiede il beneficio



**AZIENDA SPECIALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA  
DEI COMUNI DI**

**Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno,  
Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello.**

- ✓ Copia del contratto di lavoro della persona dedicata allo svolgimento delle funzioni assistenziali, laddove presente
- ✓ Copia del documento d'identità della persona che sottoscrive la domanda
- ✓ Dichiarazione relativa al progetto di assistenza per il buono sociale care giver familiare e assistente familiare

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali che si assume, dichiara di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati, da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli articoli 4, comma 2, del D.Lgs. 31/3/1998 e 6, comma 3, del DPCM 7/5/1999 n. 221 e successive modificazioni e che potranno altresì essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679"**

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679" ed in relazione ai dati personali contenuti nella presente domanda e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue il trattamento dei suddetti dati risulta indispensabile ai fini dell'erogazione del voucher a sostegno delle famiglie numerose e sarà effettuato dal personale a ciò delegato dai Comuni dell'Ambito Territoriale di Castano Primo, anche con l'ausilio di mezzi elettronici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

Preso atto dell'informativa il richiedente acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_