

CHIEDE

- per sé per la persona per la quale inoltra la domanda

di avere accesso ad uno dei seguenti interventi di cui alla DGR 2720/2019 e sue integrazioni

- Buono sociale caregiver familiare
- Buono sociale assistente personale
- Buono sociale progetto di vita indipendente

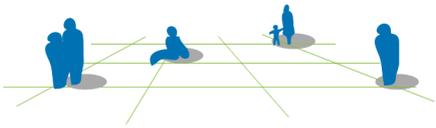
e pertanto DICHIARA

Per riconoscimento dell'Invalidità civile al 100%:

- di essere in possesso del verbale di riconoscimento invalidità civile al 100% con accompagnamento;
- di essere in possesso del verbale di riconoscimento invalidità civile al 100% senza accompagnamento;
- di essere in attesa di definizione dell'accertamento per il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con o senza accompagnamento. **Si impegna a fornire il documento, entro il 31/07/2020;**

Per la certificazione della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92:

- di essere in possesso della certificazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92;
- di essere in attesa di definizione dell'accertamento della condizione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92. **Si impegna a fornire il documento, entro il 31/07/2020;**
- Di non avere fruito nel periodo aprile 2019-marzo 2020 della Misura B2 ai sensi della DGR 1253/2019;
- Di aver fruito nel periodo aprile 2019-marzo 2020 della Misura B2 ai sensi della DGR 1253/2019 intervento:
 - Buono sociale caregiver
 - Buono sociale assistente familiare
 - Buono sociale per sostenere la vita indipendente
- di aver presentato per l'anno 2020, 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 DGR 2720/2019 e sue integrazioni - MISURA B1";
- di non beneficiare del Bonus assistente familiare iscritto nel registro di assistenza familiare ex. L.R. n. 15/2015;
- di non beneficiare del contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- di non essere in carico alla misura RSA APERTA ex DGR 7769/2018;
- di non beneficiare dei sostegni previsti dalla misura Dopo di Noi (ad esclusione degli interventi riferiti alle spese per il canone di locazione e per spese condominiali);



piano di zona ambito di seregno

Per l'attestazione ISEE:

- di essere in possesso dell'attestazione ISEE, in corso di validità, pari a € _____;
- di essere in possesso dell'attestazione ISEE 2019, pari ad € _____
e **che si impegna a fornire l'attestazione ISEE, in corso di validità, entro il 31/07/2020;**
- di non essere in possesso di nessuna attestazione ISEE e **che si impegna a fornire l'attestazione ISEE, in corso di validità, entro il 31/07/2020.**

Di essere in carico all'Assistenza domiciliare integrata (ADI)

- SI ente erogatore _____ n. accessi mensili _____
- NO

Di beneficiare di interventi o di sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da enti pubblici o privati o da enti previdenziali (es. INPS/home care premium)

- SI
- NO

Di essere stabilmente inserito in unità d'offerta socio-sanitarie o sociali:

- SI
- CDD CSE SFA CDI altro _____
- La retta è a carico dell'utente
- del Comune di residenza
- NO

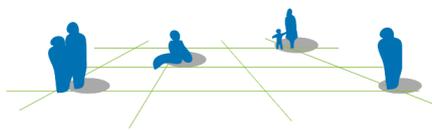
3

DICHIARA INOLTRE

- 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.
- **di non beneficiare degli "interventi a favore di persone con gravissime disabilità e in condizioni di non autosufficienza - ai sensi della DGR 2720/2019 e sue integrazioni - MISURA B1".**

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 2720/2019 e sue integrazioni che prevede visite domiciliari di operatori del Comune di residenza per il monitoraggio periodico sull'assistenza prestata e sulla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. in caso di accoglimento della domanda, a documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato;
3. comunicare trimestralmente (entro 15 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre) al Comune di residenza:
 - eventuale decesso;
 - eventuali ricoveri in ospedale;
 - eventuale accoglienza definitiva presso unità di offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice);
 - eventuale ricovero di sollievo;



piano di zona ambito di seregno

- eventuale 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 DGR 2720/2019 e sue integrazioni – MISURA B1";
- eventuale trasferimento;
- modifica della composizione del nucleo familiare;
- modifica delle condizioni reddituali della famiglia;
- aggiornamento delle condizioni sanitarie del beneficiario o altra persona del nucleo familiare;
- ogni altro cambiamento;

In caso di accoglimento della domanda, ai fini della liquidazione del beneficio economico, si avvarrà di una delle seguenti modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario o postale

Riscossione diretta c/o Tesoreria Comunale

Nome/Cognome persona delegata _____

Codice Fiscale persona delegata _____

DICHIARA INFINE

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;
- di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'amministrazione Comunale e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito di Seregno esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso;
- che in caso di verifiche a campione è tenuto a presentare al Comune di residenza entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.

ALLEGA

- copia carta di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (qualora non coincidenti);
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- attestazione ISEE in corso di validità;
oppure
- attestazione ISEE 2019;
- copia verbale riconoscimento invalidità civile al 100% con o senza indennità di accompagnamento;
oppure



Comune di
Barlassina



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cogliate



Comune di
Giussano



Comune di
Lazzate



Comune di
Lentate sul Seveso



Comune di
Meda



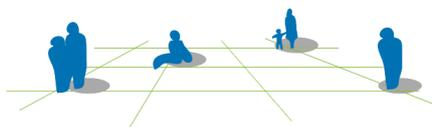
Comune di
Misinto



Comune di
Seregno



Comune di
Seveso



piano di zona ambito di seregno

copia della richiesta di definizione dell'accertamento per il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% con o senza indennità di accompagnamento;

oppure

copia attestazione di handicap grave (L. 104/92 art. 3 comma 3);

oppure

copia della richiesta dell'accertamento della certificazione della condizione di gravità così come definita ai sensi dell'art. 3 comma 3 L. 104/92;

Inoltre,

Per buono sociale caregiver:

autocertificazione – ALLEGATO A;

Per buono sociale assistente personale e progetti di vita indipendente:

copia del contratto di lavoro del personale di assistenza dal quale si evinca assunzione per almeno 20 ore settimanali;

Per accredito sul conto corrente bancario o postale:

copia dell'intestazione del conto corrente bancario o postale dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;

copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto se diverso dal richiedente o dal beneficiario;

NOTA BENE: eventuale variazione delle coordinate bancarie deve essere tempestivamente comunicata ai Servizi Sociali del Comune di residenza.

5

Luogo e data

Firma del dichiarante



Comune di
Barlassina



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cogliate



Comune di
Giussano



Comune di
Lazzate



Comune di
Lentate sul Seveso



Comune di
Meda



Comune di
Misinto



Comune di
Seregno



Comune di
Seveso