



Allegato 1 b
DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE MISURE
A FAVORE DI PERSONE CON GRAVE DISABILITA' O NON AUTOSUFFICIENTI
RESIDENTI NELL'AMBITO DI DESIO
MISURA B2 – DGR XI 2862/2020
BUONI SOCIALI PER MINORI

AL COMUNE DI _____

AMBITO DI DESIO

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____
Nato a _____ il _____ sesso M F
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____
Tel. _____ e-mail (obbligatorio) _____
Codice fiscale _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

- GENITORI o in caso di affidamento esclusivo Madre Padre
 TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
 CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome** _____ **Cognome** _____

Nato a _____ il _____ sesso M F
Residente a _____ CAP _____ Provincia _____
Via _____ Tel. _____
e-mail _____
Codice fiscale _____
Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

CHIEDE

di avere accesso a uno dei seguenti interventi di cui alla D.G.R. XI 2862/2020

- Buono sociale Caregiver
 Voucher Sociale per sostenere la vita di relazione di minori con disabilità con appositi progetti di natura educativa/socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico

Si informa che il voucher sociale minore è previsto nella situazione in cui il minore non risulti beneficiario del buono sociale pur avendo i requisiti di accesso alla Misura B2.

e pertanto DICHIARA (PER IL MINORE)

Il riconoscimento di:

- minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o minore ipoacusico
- indennità di frequenza mensile di cui all'art.1 L.289/1990

Il possesso Certificazione di:

- handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L.104/92
- alunno disabile ai sensi dell'art. 4 della L.104/92

Di far parte della seguente rete parentale:

- genitori separati
- rete monoparentale

Che l'attestazione ISEE ordinario e in corso di validità è pari a € _____

- di aver fruito nel 2019 della **Misura B1** ai sensi della dgr X 1253/2019
- di aver fruito nel 2019 della **Misura B2** ai sensi della dgr X 1253/2019
- di aver presentato per il 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 XI 2862/20 - **MISURA B1**"

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.
- che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000
- che i beneficiari della Misura B1, non possono beneficiare anche degli interventi previsti dalla Misura B2;

ALLEGA

- copia carta di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario;
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche o meno;
- copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992);
- copia certificato di alunno con disabilità ai sensi dell'art. 4 della L.104/92;
- dichiarazione unica sostitutiva ed attestazione ISEE;
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- dichiarazione di responsabilità genitoriale esclusiva nei casi previsti (Allegato sub. 1b);
- copia del conto corrente bancario (**no libretto postale**) dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente bancario;
- copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto corrente, se diverso dal richiedente e dal beneficiario.

Città di Desio

C.F. 00834770158 – Partita IVA 00696660968

P.za Giovanni Paolo II – 20832 Desio MB – Centralino: 0362/3921

Ufficio di Piano - e-mail: ufficiodipiano@comune.desio.mb.it - tel. 0362/392.339 – 342 - 367

Inoltre:

- per domanda del Buono Sociale per CAREGIVER:
 - autocertificazione (allegato sub. 1A)

SI IMPEGNA A

1. sottoporsi alla valutazione multidimensionale integrata Comune/ASST ai sensi della DGR 2862/20, che può prevedere visite domiciliari di operatori del Comune di residenza finalizzata alla corretta destinazione delle risorse previste nel progetto di intervento;
2. documentare le spese sostenute riguardanti il titolo sociale di cui ha beneficiato, in caso di accoglimento della domanda;
3. comunicare trimestralmente (entro 5 giorni lavorativi dal termine di ogni trimestre) attraverso la trasmissione dell'attestazione del mantenimento dei requisiti (modello che verrà inviato al beneficiario unitamente all'accettazione e al finanziamento della domanda) al Comune di residenza o all'Ufficio di Piano di Desio:
 - eventuale decesso;
 - eventuale trasferimento;
 - eventuale accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad es. Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
 - eventuale ricovero di sollievo qualora il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sociale Regionale;
 - 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 XI 2862/2020 - **MISURA B1**";
 - 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;
4. avvalersi esclusivamente della seguente modalità di riscossione:

accredito sul conto corrente bancario (NO LIBRETTO POSTALE);

DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano per conto dei Comuni 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'Ambito di Desio esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso;
- che in caso di verifiche a campione è tenuto a presentare all'Ufficio di Piano entro 5 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.

Data _____

Firma _____

Città di Desio

C.F. 00834770158 – Partita IVA 00696660968

P.za Giovanni Paolo II – 20832 Desio MB – Centralino: 0362/3921

Ufficio di Piano - e-mail: ufficiodipiano@comune.desio.mb.it - tel. 0362/392.339 – 342 - 367