Al Comune di ……….……………………

(*Comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale*)

**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA’ GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2021**

**ai sensi della misura B2 delle DGR n. 4138/2020, 4443/2021, 4562/21 di Regione Lombardia**

**ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

**RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a (cognome) ……………………………. (nome) …………………...………..…………..

nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……..….………………....

residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………….……… n .….……

telefono………………………….. codice fiscale……….……………………………………………………

indirizzo email ……………………………………………………………...………………………………….

in qualità di  beneficiario  tutore  curatore  amministratore di sostegno  famigliare

**per conto del BENEFICIARIO sotto riportato** (compilare solo se si tratta di persona diversa dal

richiedente)

|  |
| --- |
| cognome ……………………………. nome ……………………………..…………..  nato/a a …………………………………………..…………. prov. ……… il ….……….………………...  residente in (comune) ………………………..……….. via …………...……………………… n. .….……  telefono……………………… codice fiscale……….……………………………………………… |

**CHIEDE**

in attuazione delle DGR 4138/20, 4443/2021, 4562/21 e dell’avviso pubblico adottato dall’Assemblea dei Sindaci dell’Ambito Distrettuale Val Seriana nell’adunanza del 30/06/2021 ed emanato in data 01/07/2021 da Servizi Sociosanitari Val Seriana:

 BUONO SOCIALE - Intervento Anziani

 CONTRIBUTO UNA TANTUM - **Fondo caregiver familiare per l’anno 2021** ai sensi della DGR n. XI/4443/2021, dichiarando la presenza di un caregiver familiare:

 Sì  No

A tal fine, 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

**DICHIARA CHE**

**Il/la sig./sig.ra …………………...…………..……………………………..……………... (beneficiario)**

1. È stato/a riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento e/o in condizione di gravità come accertata ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;
2. NON frequenta/utilizza strutture e servizi sociosanitari e sociali (come da bando CDI, RSA, RSA aperta, Bonus Assistente familiare);
3. Il nucleo familiare anagrafico è così composto (indicare la tipologia di parentela):
4. …………………………………………..……………………………………………………………
5. …………………………………………..……………………………………………………………
6. …………………………………………..……………………………………………………………
7. …………………………………………..……………………………………………………………
8. …………………………………………..……………………………………………………………
9. …………………………………………..……………………………………………………………
10. Nel nucleo familiare sono presenti altre persone con disabilità grave (ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge 104/92):

□ Sì □ No

1. Individua come **caregiver** **familiare**

il/la sig./sig.ra (cognome e nome) ………………………………………………………………………

(specificare il grado di parentela o il tipo di relazione e allegare il documento di identità)…………………………….….. Codice Fiscale …………………………………...che dedica ………. ore al giorno alla funzione di caregiver.

1. La persona negli scorsi anni ha beneficiato della Misura B2:

□ Sì □ No

1. La tipologia di presenza dell’assistente personale:

□ Nessuno □ Assistente qualificato a tempo pieno

□ Tempo pieno □ Assistente qualificato a tempo parziale

□ Tempo parziale

1. Utilizza altri servizi:

□ Contributi economici (specificare)……………………………………………………...……………..

□ SAD

□ ADI

□ Altro ……………………………………………………………………………………...………………

□ Nessun servizio

1. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale numero:

banca/uff. postale ……………………………………… agenzia / filiale …………..…..….……

comune di ……………………….. codice IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

intestato a …………………………….…………………………..…………………..……………………….

In fede Luogo e data:

…………………………………………

………………………………………… ….…………………………………..

…………………………………………

Si allegano:

* Copia della carta di identità del beneficiario e del richiedente (se diverso dal beneficiario), del delegato alla riscossione e del caregiver familiare;
* Attestazione ISEE sociosanitario;
* Copia certificato d’invalidità (con indicata la diagnosi) del beneficiario e verbale Legge 104/92;
* Eventuale documentazione sanitaria già in possesso dell’interessato;
* Scale ADL e IADL;
* Copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela) o responsabilità genitoriale esclusiva;
* Modulo consenso informato.