

## Amministrazione destinataria



## Ufficio destinatario

## Domanda per l'accesso alle misure a favore di persone con grave disabilità non autosufficienti residenti nell'ambito di Seregno - misura B2

**D.G.R. 3719/2024**

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Interno	Scala
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Piano	SNC
				<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
				CAP	
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				Posta elettronica certificata	
				<input type="text"/>	

### in qualità di

#### Ruolo

- beneficiario diretto della misura
- caregiver (solo per la richiesta di buono sociale caregiver familiare è obbligatorio accedere con lo spid del caregiver e barrare questa casella)
- richiedente per conto del beneficiario

### residente a

#### Comune di residenza del beneficiario

- Barlassina
- Ceriano Laghetto
- Cogliate
- Giussano
- Lazzate
- Lentate sul Seveso
- Meda
- Misinto
- Seregno
- Seveso

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

### CHIEDE

il buono sociale caregiver familiare

In quanto dichiara di essere il caregiver familiare di

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>							

### DICHIARA

in qualità di parente, familiare o affine dell'interessato

Grado di parentela

di assistere il beneficiario

Per un totale di ore a settimana

di risiedere nello stesso comune della persona invalida o entro un raggio di 25 Km dall'abitazione dell'assistito

di essere

disoccupato

Dalla data di

inoccupato

Dalla data di

pensionato

Dalla data di

di lavorare part-time

Fascia oraria

di essere in aspettativa dal lavoro

Dal

Al

- di essere consapevole che il Comune di residenza potrà effettuare a campione dei controlli per la verifica di quanto autocertificato
- di svolgere le seguenti attività nel ruolo di caregiver
  - cura dell'igiene personale
  - preparazione e/o somministrazione pasti
  - somministrazione di farmaci e/o terapie
  - co-presenza durante la somministrazione di cure mediche/sociosanitarie da parte di personale esperto
  - disbrigo pratiche amministrative
  - altro

**Specificare**

- il buono sociale assistente personale
  - per se stesso
  - per la persona per la quale inoltra la domanda

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>			<b>Codice Fiscale</b>						
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>						
<b>Data di nascita</b>		<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>						
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>						
<b>Residenza</b>											
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>			<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Interno</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**in qualità di**

- beneficiario
- familiare

**Grado di parentela**

- tutore

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

- amministratore di sostegno

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

- curatore

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

**pertanto allega il contratto di lavoro**

- il buono sociale assegno autonomia
- per se stesso
  - per la persona per la quale inoltra la domanda

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
<b>Data di nascita</b>		<b>Sesso</b>	<b>Luogo di nascita</b>		<b>Cittadinanza</b>						
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>						
<b>Residenza</b>											
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>			<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Interno</b>	<b>Scala</b>	<b>Piano</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				

in qualità di

- familiare

**Grado di parentela**

- tutore

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

- amministratore di sostegno

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

- curatore

**Numero di decreto di nomina**

**Data decreto**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

- di possedere il seguente ISEE

- ISEE sociosanitario

**Importo**

€

- ISEE ordinario

**Importo**

€

- di essere riconosciuta persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge n. 104/1992

**Come da verbale rilasciato in data**

**Con diagnosi certificata**

**% invalidità**

%

- accompagnamento

di aver già ricevuto interventi misura B2

- buono sociale assistente personale
- buono sociale per assegno di autonomia
- buono sociale caregiver

che il conto corrente sul quale verrà accreditato l'importo, se spettante, in riferimento alla tipologia richiesta è il seguente

IBAN	Intestatario	Codice fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

#### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia del documento d'identità del beneficiario se differente dal richiedente
- copia certificato di invalidità civile con indicazione del diritto a provvidenze economiche/Copia certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, co. 3, Legge 104/1992)
- copia del decreto o ordinanza di nomina in caso di tutela, curatela o amministrazione di sostegno
- copia dell'attestazione ISEE
- copia del documento attestante i dati bancari (IBAN, intestatario, C.F. intestatario c.c. )
- copia del contratto di lavoro
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

#### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Luogo	Data	il dichiarante