

## 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	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<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"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<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

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

### 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

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

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="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