

Al Comune di.....
(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI TITOLI DI TITOLI SOCIALI A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2019

ai sensi della misura B2 della DGR n. 1253/2019 di Regione Lombardia

RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a (cognome)(nome).....
nato/a prov. il
residente in (comune) via n
telefono..... codice fiscale.....
indirizzo email
in qualità di

beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

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

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

CHIEDE

in attuazione della DGR 1253/2019 e dell'avviso pubblico del 13 giugno 2019:

- BUONO SOCIALE** di € 200 mensili per caregiver familiare
- VOUCHER SOCIALE** a fascia unica fino ad un massimo di € 600,00 per acquistare prestazioni assistenziali o educative da operatore con regolare contratto

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 sig/sig.ra.....(beneficiario)

1. è stato riconosciuto/a invalido/a con indennità di accompagnamento

2. non frequenta strutture e servizi sanitari, sociosanitari e sociali

3. il nucleo familiare anagrafico è cosi composto (con tipo di parentela)

.....
.....

4. la tipologia di parentela del caregiver familiare è

.....

5. la tipologia di presenza dell'assistente personale:

- Nessuno
- Tempo pieno
- Tempo parziale

6. Utilizza altri servizi :

- Contributi economici
- SADH (ore.....)
- ADI
- Altro.....
- Nessun servizio

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

banca/uff. postaleagenzia / filiale
comune di codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

intestato a

In fede

.....

(firma)

Luogo e data,

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE sociosanitario;
- copia certificato d'invalidità del beneficiario e verbale Legge 104/92;
- scale ADL e IADL redatte dal Medico di base o Medico specialista (necessarie solo per i maggiorenni);
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela)