

**Amministrazione destinataria**

Comune di Binasco

**Ufficio destinatario**

Ufficio Servizi Sociali

**Domanda di erogazione di un contributo economico per persone con disabilità****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"/>
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
- familiare

**Grado di parentela**

- tutore

**Numero decreto di nomina****Data**

- curatore

**Numero decreto di nomina****Data**

- amministratore di sostegno

**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

### Soggetto interessato

- riferito a sé stesso
- riferito alla persona di seguito specificata

### soggetto interessato

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"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)			
<input type="text"/>			

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad uno degli interventi di assistenza diretta di seguito previsti dalla Deliberazione della Giunta Regionale del 30/12/2024, n. 3719 (Misura B2)

- prestazione socioassistenziale/tutelare a domicilio
- ricovero temporaneo in struttura residenziale
- prestazione socioeducativa/educativa a favore della persona con disabilità/non autosufficienza in contesti socializzanti (fuori dal domicilio), anche tramite sviluppo di progettualità, finalizzato al sollievo

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

- che il beneficiario ha invalidità 100%
- che il beneficiario è titolare di indennità di accompagnamento (ai sensi della Legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con Legge 508/1988)
- che il beneficiario è in condizioni di gravità ai sensi della Legge 104/92, art. 3, comma 3
- che il beneficiario possiede i requisiti previsti per l'accesso alla Misura B2 riportati nell'Avviso Pubblico
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e le modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli strumenti previsti
- che non sussista nessuna delle seguenti cause di incompatibilità
- accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, ▪ RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
  - Misura B1
  - contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente
  - personale regolarmente impiegato;
  - ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo
  - Sanitario Regionale;
  - presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;
  - Home Care premium/INPS HCP
- di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
€		

## DICHIARA INOLTRE

- di essere consapevole che la responsabilità della corretta compilazione della domanda, l'allegazione della documentazione richiesta, la consegna di ogni integrazione documentale entro il termine di scadenza fissato nell'Avviso è a completo ed esclusivo carico del richiedente. L'amministrazione comunale è sollevata da qualunque responsabilità in relazione al mancato rispetto dei termini per la presentazione della domanda e dei relativi allegati

## SI IMPEGNA

- a concordare con il Servizio Sociale del Comune di residenza la presa in carico ai fini dell'istruttoria
- a consentire che le assistenti sociali del Comune di residenza possano redigere il Progetto di assistenza individualizzato e monitorarlo, durante il periodo di fruizione della Misura B2, per verificare la sua effettiva realizzazione, consapevole che la mancata realizzazione dello stesso determinerà il decadimento del diritto ai benefici previsti dalla Misura B2

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 decreto di nomina del Tribunale
- copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza  
*(se diverso dal beneficiario)*
- 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.

Binasco

Luogo

Data

il dichiarante