

AMBITO TERRITORIALE DI CERTOSA DI PAVIA

Comuni

Bascapè, Battuda, Bereguardo, Borgarello, Bornasco, Casorate Primo, Ceranova, Certosa di Pavia, Cura Carpignano, Giussago, Landriano, Lardirago, Marcignago, Marzano, Rognano, Roncaro, Sant'Alessio con Vialone, Siziano, Torrevecchia Pia, Trovo, Trivolzio, Vellezzo Bellini, Vidigulfo e Zeccone

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI FINALIZZATI A FAVORIRE
LA PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA DI PERSONE
CON GRAVE DISABILITA' O ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**
FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2018 IN APPLICAZIONE DELLA D.G.R. N. 1253/2019 (MISURA B2).

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

codice fiscale _____

in qualità di:

Diretto interessato

oppure

Familiare

Amministratore di Sostegno

Tutore

Curatore

di:

(cognome/nome) _____

nata/o a _____ il _____

Residente a _____ prov _____ cap _____

via _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

codice fiscale _____

CHIEDE

di accedere all'assegnazione di BUONI SOCIALI per compensare prestazioni di assistenza garantite da:

- CAREGIVER FAMILIARE (indicare nome/cognome _____)
- ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO CON CONTRATTO A TEMPO PIENO
- ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO CON CONTRATTO PART-TIME

a favore di persone in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze in applicazione della D.G.R. n. 1253/2019 (misura B2).

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall'art.46 del citato D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

✓ che la persona destinataria dell'intervento:

- è residente nel Comune di _____;
- ha un ISEE (*rilasciato in data successiva al 15/01/2019*) pari a € _____;
- è affetta da GRAVI LIMITAZIONI FUNZIONALI che ne compromettono l'AUTOSUFFICIENZA e l'AUTONOMIA PERSONALE nelle attività della vita quotidiana;
- non è in carico alla misura per la gravissima disabilità (misura B1) di cui alla D.G.R. n. 1253/2019;
- è in condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;
- è beneficiario dell'indennità di accompagnamento;
- non frequenta unità di offerta sociale a ciclo semiresidenziale diurno (CSE,CDD,CDI)
oppure
- frequenta la seguente unità d'offerta sociale:
 - Centro Diurno Disabili (CDD)
 - Centro Socio Educativo (CSE)
 - Centro diurno integrato per anziani (CDI)
- non è beneficiario della Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018
oppure
- è beneficiario della Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

✓ di essere a conoscenza che ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11, comma 1, si potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art.11 comma 3, la/il sottoscritta/o decadrebbe dai benefici ottenuti;

✓ di aver preso visione del Bando pubblico "PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SOCIALI IN FAVORE DI PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA E GRAVE DISABILITA' PER FAVORIRE LA PERMANENZA AL DOMICILIO E NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA (FNA 2018 - MISURA B2 - D.G.R. N. 1253/2019)";

CHIEDE INOLTRE

che eventuali benefici economici assegnati vengano accreditati sul seguente Conto Corrente:

Banca _____ Agenzia _____

Codice IBAN:

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

Intestato a _____

ALLEGA

- Copia certificazione di gravità rilasciata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992;
- Copia del verbale di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento;
- Certificazione ISEE di appartenenza in corso di validità, redatto dopo il 15/01/2019;
- Copia documento d'identità e Codice Fiscale del beneficiario;
- Copia documento d'identità del dichiarante, se diverso dal beneficiario;
- Copia del provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno del beneficiario, qualora presente;
- Copia del Permesso di soggiorno o della Carta di soggiorno, per richiedenti extracomunitari residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia;
- Copia del contratto di lavoro con assistente familiare, in corso di validità (se presente);
- Altro(specificare) _____

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante

Informativa e consenso al trattamento dei dati:

In base a quanto disposto dall'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali e in particolare che:

- devono essere necessariamente forniti, per accertare la situazione economica del nucleo del dichiarante, i requisiti per l'accesso al contributo e la determinazione del contributo stesso;
- sono raccolti dal Comune e trattati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare il contributo e per le sole finalità connesse e strumentali previste dal presente bando;
- possono essere trasmessi ad ATS Pavia e Regione Lombardia, nonché essere comunicati al Ministero delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti.

Sono consapevole che posso rivolgermi, in ogni momento, ai responsabili del trattamento dei dati per farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, posso chiederne il blocco e oppormi al loro trattamento, se trattati in violazione del Regolamento (UE) 2016/679.

Sede _____, li _____

Firma del Dichiarante
