



# CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

AL COMUNE DI SESTO SAN GIOVANNI  
SETTORE SOCIO EDUCATIVO  
VIA CROCE, 12 – SESTO SAN GIOVANNI 20099

## FONDO NON AUTOSUFFICIENZA Domanda per l'accesso alla Misura B2 (DGR 5791/2021)

### IL SOTTOSCRITTO:

- in qualità di beneficiario;  
 in qualità di familiare o esercente la tutela del beneficiario:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la concessione del seguente buono sociale mensile previsto dal Fondo Non Autosufficienza per le categorie Minori/Adulti o Anziani (Over65):

Indicare solo una preferenza

- per assistenza assicurata da parte di **caregiver familiare**  
 per assistenza assicurata da parte di **assistente familiare**  
 per sostenere **progetti di vita indipendente**

### IN FAVORE DI

- ME STESSO;**  
 **SEGUENTE PERSONA ASSISTITA** (Compilare solo se diverso dal richiedente)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti,

## DICHIARA

- Che la persona assistita:

- ha meno di 18 anni  
 ha più di 18 anni e meno di 65  
 ha più di 65 anni compiuti

- Che la persona assistita:

è affetta dalla seguente patologia \_\_\_\_\_ come riportato nella documentazione attestante l'invalidità.

- Che il nucleo familiare della persona assistita è composto da n° \_\_\_\_\_ componenti.

(escluso eventuale badante)

- Che la persona assistita:

- è residente nel Comune di **SESTO SAN GIOVANNI** e vive nell'abitazione di residenza;
- è in condizione di **gravità** accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/1992;  
oppure
- ha presentato istanza** di accertamento in data \_\_\_\_\_
- beneficia di **indennità di accompagnamento**, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- ha un **ISEE** non superiore a
- € 25.000,00 (ISEE socio-sanitario in caso di Adulti e Anziani);  
 € 40.000,00 (ISEE ordinario in caso di minore con disabilità);  
oppure: *( in attesa del rilascio)*
- ha presentato richiesta di rilascio dell'attestazione ISEE in data \_\_\_\_\_

**di non fruire di nessuna delle seguenti misure:**

- dell'accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità);
- della Misura B1;
- del contributo da risorse progetti di vita indipendente - PRO.VI - per onere assistente personale regolarmente impiegato;
- del ricovero di sollievo nel caso in cui il costo del ricovero sia a totale carico del Fondo Sanitario Regionale;
- della presa in carico con Misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018

**di fruire del Bonus per assistente familiare** iscritto nel registro di assistenza familiare ex l.r. n. 15/2015.

Usufruisce degli interventi o dei sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti Pubblici o privati o da Enti previdenziali (es. INPS/Home Care Platinum). SI  NO

fruisce di un servizio **ADI** SI  NO

## DICHIARA

- NEL CASO DI  ASSISTENTI FAMILIARI  
 PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE

Che il beneficiario:

- è assistito con personale regolarmente impiegato (*badante*) per n. \_\_\_\_ ore settimanali ;
- non ha vincoli di parentela con il personale impiegato (*badante*);
- Ha percepito nell'anno 2021 il Contributo economico Misura B2;

- NEL CASO DI  CAREGIVER FAMILIARE

Che il/la Signor/a

(*Cognome*) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

parente del Beneficiario è:

- convivente** con il beneficiario e svolge il ruolo di caregiver
- non convivente** con il beneficiario *ma* svolge il ruolo di caregiver.  
( In questo caso il caregiver deve risiedere fino ad un massimo di 15 Km dall'assistito e, se svolge attività lavorativa, non deve avere un contratto di lavoro superiore alle 20 ore settimanali.)
- Ha percepito nell'anno 2021 il Contributo Caregiver + Assistente Familiare.

- **SI IMPEGNA A PRODURRE:**

( Barrare solo nel caso di oggettiva ed assoluta impossibilità di presentare la suddetta documentazione insieme alla domanda, e si impegna ad integrare la stessa entro il termine perentorio indicato nel bando dal Comune)

- la certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 e/o **indennità di accompagnamento**, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- l'attestazione ISEE;

Ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici comunico che **l'intestatario del c/c è:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Codice IBAN (27 caratteri) \_\_\_\_\_

**NB: Non è possibile utilizzare l'IBAN di un libretto Postale.**

### **ALLEGATI:**

- - fotocopia Carta d'Identità e Codice Fiscale in corso di validità del richiedente;
  - - attestazione ISEE in corso di validità;
  - - scheda di rilevazione del livello di autonomia (**ALLEGATO A**) sottoscritta;
  - - certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art.3 comma 3 della legge 104/1992 (oppure documentazione attestante la presentazione dell'istanza di accertamento);
  - - oppure documentazione attestante il godimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
  - nomina Amministratore di Sostegno o tutore ( se presente );
  - - **fotocopia di un qualsiasi documento bancario dal quale si evince l'intestatario del c/c e dell'IBAN.**
  - Copia del contratto di impiego e della busta paga dell'assistente familiare (*badante*).
- Solo in casi di presenza di assistente familiare ( anche per Progetto di vita indipendente)**

Data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_

***Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE***

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Sesto San Giovanni saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste nel Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune Sesto San Giovanni. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento Generale. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale è reperibile presso gli uffici comunali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo [www.sestosg.net](http://www.sestosg.net)