



CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

DOMANDA DI ACCESSO E VALUTAZIONE INTEGRATA FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE 2023

DGR XI/7605 del 23/12/2023 e DGR XI/7799 del 23/01/2023

AL COMUNE DI SESTO SAN GIOVANNI

Il sottoscritto

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

In qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE Grado di parentela _____

TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

del Sig./Sig.ra Nome e Cognome _____

Nato a _____ il _____ sesso M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |



CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

CHIEDE

- per sé
- per conto del beneficiario

la valutazione del competente ufficio di Servizio Sociale del Comune di residenza al fine di accedere ad una o più delle prestazioni previste dalla DGR XI/7751 del 28/12/2023 (*barrare l'intervento/gli interventi richiesti*):

	SI RICHIEDE VALUTAZIONE PER LA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO:	X
1	Buono sociale una tantum per il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione/integrazione assistenza continuativa della persona in condizione di grave disabilità o di non autosufficienza al domicilio da parte del solo CAREGIVER	

A tal fine, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali e civili a cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- † che la situazione del candidato **è compatibile** con i criteri di Ambito definiti dall'Avviso specifico, di averne preso visione e di accettare i termini descritti;
 - di **aver presentato**
 - di **NON aver presentato** Domanda per la misura B2
- e che la stessa **è stata finanziata** **NON è stata finanziata**
- † di **usufruire** di **NON usufruire** di servizi presso Centri Diurni (CDI, SFA, CSE)
- † di **NON** aver presentato domanda per la misura FNA 2023 Misura B1 e/o Fondo Caregiver Presso ASST
- † che **NON** sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- † che **NON** sussiste accoglienza definitiva presso Unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (es. RSA, RSD, CSS, Hospice, Misura Residenzialità per minori con gravissima disabilità)

DICHIARA INOLTRE

che la competente commissione Socio Sanitaria, ha accertato almeno uno dei seguenti requisiti:

Per le persone adulte:

- Indennità di Accompagnamento - di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- Invalidità al 100% corredata di L.104 art.3 c.3.

Per i minori di età:

- Indennità di Accompagnamento - di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988;
- oppure Indennità di Frequenza corredata da L.104 art.3 c.3.

SI IMPEGNA

Gestione amministrativa dei servizi sociali – piazza della Resistenza, 20 - C.A.P. 20099

e-mail: protocollo@sestosg.net –

Pec: comune.sestosg@legalmail.it

P.IVA 00732210968 C.F. 02253930156



CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

- a far pervenire al Protocollo del comune - nel corso della fase istruttoria e comunque **entro e non oltre il 24 gennaio 2024** – eventuale documentazione integrativa.

Per tutte le misure SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE:

- Copia fotostatica del documento d'identità del beneficiario e del richiedente, se diverso dal beneficiario;
- 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/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno;
- Per il Rimborso Spese la documentazione fiscale (fattura/ricevuta) attestante la spesa sostenuta e le ricevute di pagamento.

COMUNICA INFINE

che in caso di riconoscimento del beneficio economico, il codice IBAN su cui effettuare il versamento di quanto spettante è il seguente:

intestato a _____

DICHIARA

inoltre di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

Data _____

Firma _____