

**Amministrazione destinataria**

Comune di Cologno Monzese

Ufficio destinatarioFamiglie, adulti, anziani, disabili e piano
di zona**Domanda di accesso al Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze***Ai sensi delle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 3719 del 30/12/2024***Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato
Provincia	Comune			Interno	Scala
				Piano	SNC
					☐
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

CHIEDE

di poter accedere al progetto

- ☐ buono sociale mensile per caregiver familiare
☐ buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale con regolare contratto
☐ assegno per l'autonomia per la realizzazione del progetto di vita indipendente

CHIEDE ALTRESI
☐ interventi integrativi sociali (erogazione di servizi) solo in presenza di caregiver

- ☐ interventi di sollievo
☐ percorsi di sostegno psicologico individuale o gruppo
☐ interventi di formazione/addestramento

Soggetto interessato

- ☐ per sé stesso
☐ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)					

attualmente residente in

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

CAP

☐**CHIEDE INOLTRE**

la concessione del seguente buono sociale mensile previsto dal Fondo Non Autosufficienza per le categorie minori/adulti o anziani (over 65)

- ☐ per assistenza assicurata da parte di caregiver familiare
- ☐ per assistenza assicurata da parte di assistente familiare (badante)
- ☐ per sostenere progetti di vita indipendente

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 la persona assistita

Età dell'assistito

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

Patologia

- ☒ è affetta dalla seguente patologia (come riportato nella documentazione attestante l'invalidità)

Descrizione patologia**Condizione di gravità dell'assistito**

- ☐ accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
- ☐ ha presentato istanza di accertamento in data

Data istanza di accertamento

- ☐ beneficia di indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11/02/1980, n. 18 e successive modifiche/integrazioni con Legge 21/11/1988, n. 508

ISEE del nucleo

- ☐ ISEE fino a 25.000,00 € (ISEE socio-sanitario in caso di adulti e anziani)
- ☐ ISEE fino a 40.000,00 € (ISEE ordinario in caso di minore con disabilità)
- ☐ ISEE fino a 30.000,00 € (in caso di assegno per l'autonomia)
- ☐ ha presentato richiesta di rilascio dell'attestazione ISEE in data

Data presentazione ISEE

di non fruire di una delle seguenti misure

- ☐ dell'accoglienza definitiva presso unità d'offerta residenziali socio sanitarie o sociali (ad esempio 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 Deliberazione della Giunta regionale 17/01/2018, n. 10/7769
- ☐ di Prestazione Universale di cui agli art. 34,36 D.lgs. 29/2024
- ☐ di Home care Premium/INPS HCP

Di fruire della seguente misura

- ☐ Bonus per assistente familiare (iscritto nel registro di assistenza familiare ex Legge regionale 25/05/2015, n. 15)

Di aver percepito nell'anno 2023

- ☐ buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale con regolare contratto

DICHIARA INOLTRE

di essere assistito dai seguenti

- ☐ assistenti familiari

- ☐ è assistita con personale impiegato regolarmente impiegato per le seguenti ore settimanali

Ore settimanali

- ☐ non ha vincoli di parentela con il personale impiegato

- ☐ progetti di vita indipendente

- ☐ è assistita con personale impiegato regolarmente impiegato per le seguenti ore settimanali

Ore settimanali

- ☐ non ha vincoli di parentela con il personale impiegato

- ☐ caregiver familiare

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Rapporto di parentela (*)	Ore settimanali

- ☐ convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver

- ☐ non convivente con il familiare che svolge il ruolo di caregiver. In questo caso il caregiver deve risiedere fino ad un massimo di 15 km dall'assistito e non avere un contratto di lavoro superiore alle 20 ore settimanali

Residenza

Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
							☐	

Rapporto di parentela (*):

coniuge, figlio/figlia, fratello/sorella, genitore, suocero/suocera, genero/nuora, altro parente o affine, convivente

SI IMPEGNA

(solo per coloro che non hanno presentato la certificazione Legge 05/02/1992, n. 104 o l'attestazione ISEE)

a produrre

- ☐ la certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104
- ☐ l'attestazione ISEE

nel caso di oggettiva ed assoluta impossibilità di presentare la suddetta documentazione insieme alla domanda, si impegna

ad integrare la stessa entro il termine perentorio comunicato dal Comune

ai fini dell'accredito di eventuali benefici economici comunico

domiciliazione bancaria o postale del conto corrente

(non è possibile utilizzare IBAN di un libretto postale)

Istituto	Numero conto corrente
IBAN	Codice BIC (swift)

Intestatario del conto corrente

- ☐ l'intestatario del conto corrente è il sottoscrittore della richiesta
- ☐ l'intestatario del conto corrente è il seguente soggetto

intestatario del conto corrente

Cognome	Nome	Codice Fiscale							
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza						
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata						

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

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 dell'IBAN
- ☐ certificazione attestante la condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 05/02/1992, n. 104 (oppure documentazione attestante la presentazione dell'istanza di accertamento)
- ☐ copia del contratto di impiego dell'assistente familiare
- ☐ copia della dichiarazione ISEE
- ☐ documentazione attestante il godimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 1102/1980, n. 18 e successive modifiche/integrazioni con Legge 21/11/1988, n. 508
- ☒ scheda ADL
- ☒ scheda IADL
- ☐ copia del documento d'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.

Cologno Monzese

Luogo

Data

il dichiarante