



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

di poter accedere alla valutazione sociale e/o multidimensionale integrata per la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza comprensivo delle misure previste ai sensi della DGR 1253/2019 a favore delle persone con grave disabilità o in condizione di non autosufficienza:

DICHIARA

- che la situazione del candidato è compatibile con i CRITERI DISTRETTUALI approvati;
- di aver preso visione e di accettare i termini dell'avviso pubblico che descrive i criteri di accesso alle prestazioni e alle modalità di presentazione della domanda e di erogazione degli interventi e/o contributi;
- che la misura per cui è richiesta la valutazione non è finanziata da altre provvidenze economiche;
- di **NON** usufruire del Voucher Autonomia;
- di **NON** usufruire della misura B1 di cui alla presente DGR;
- che non sussiste ricovero permanente in struttura residenziale;
- di usufruire del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

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

- lo stato di invalidità al 100% con indennità di accompagnamento;
- la disabilità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3;
- invalidità di minore con indennità di accompagnamento;

che l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) presentato per l'ottenimento della misura richiesta è pari a euro, come da allegata certificazione:

DICHIARA

(rispetto ai requisiti di priorità di accesso)

- di beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium) quali a titolo esemplificativo REI, SIA, ecc.:
.....;
- di essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;

OVVERO

- di **NON** beneficiare di interventi o sostegni integrativi di carattere assistenziale erogati da Enti pubblici o privati o da Enti previdenziali (INPS/Home Care Premium) quali a titolo esemplificativo REI, SIA, ecc.;
- di **NON** essere in carico alla misura RSA aperta ex DGR n. 7769/2018;



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

Dichiara inoltre:

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione riguardante:
 - la situazione economica e reddituale, la situazione sanitaria e sociale del beneficiario degli interventi;
 - l'eventuale ricovero in ospedale, in istituto di riabilitazione o in struttura residenziale;
 - eventuali altri motivi che facciano venire meno la necessità di cure domiciliari o il diritto alle prestazioni previste dalla D.G.R. DGR 5940/2016 misura B2;
- Che, nel caso di erogazione del buono sociale, il beneficiario desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche tramite accredito sul conto corrente (allegare documento bancario/postale attestante IBAN)

A TAL FINE ALLEGA

- Copia del documento d'identità e tessera sanitaria del beneficiario dell'intervento
- Copia del documento d'identità di chi presenta l'istanza, se persona diversa dal beneficiario dell'intervento.
- Copia del riconoscimento Gravità Handicap ai sensi L. 104 / 92 art. 3 c.3 e/o indennità di accompagnamento;
- ISEE come da normativa vigente e in corso di validità
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale.
- In caso "Buono care giver familiare": autocertificazione del care giver relativa ai requisiti della convivenza anagrafica, eventuale certificato di invalidità, documentazione attestante lo stato occupazionale (ALLEGATO D)
- In caso "Buono care giver professionale o progetti di vita indipendente": Copia del contratto di assunzione e ultima busta paga.
- In caso "voucher per la vita di relazione di minori con disabilità": Formale preventivo di spesa compilato dal soggetto erogatore;
- Documentazione attestante n. conto corrente e relativo IBAN, fotocopia del codice fiscale dell'intestatario del conto corrente
- Altro (specificare): _____



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

**Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate**

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 _____



AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5

Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto _____

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi **dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 – GDPR** e stabilito che il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Melzo, con sede Piazza Vittorio Emanuele II n. 1 - 20066 Melzo (MI).

presta

il suo consenso al trattamento dei dati sensibili nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data _____

Firma _____

Considerato che il **signor/ra** _____

non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere,

Il sottoscritto _____ in qualità di

FAMILIARE TUTORE CURATORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

acconsente

al trattamento dei dati sensibili nell'ambito del procedimento inerente la domanda di valutazione integrata per persone con gravissima disabilità, assumendosi ogni responsabilità al riguardo.

Data _____

Firma _____