

Alla cortese attenzione

Servizi Sociosanitari Valseriana

O

Al Comune di.....

(comune di residenza del beneficiario del Titolo Sociale)

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI TITOLI DI TITOLI SOCIALI
A FAVORE DI PERSONE ANZIANE IN CONDIZIONE DI NON
AUTOSUFFICIENZA ASSISTITE A DOMICILIO 2020
ai sensi della misura B2 della DGR n. 2862/2020 di Regione Lombardia**

RICHIEDENTE

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

nato/a prov. il

residente in (comune) via n

telefono..... codice fiscale.....

indirizzo email

in qualità di

beneficiario tutore curatore amministratore di sostegno familiare

per conto del BENEFICIARIO sotto riportato (compilare solo se si tratta di persona diversa dal richiedente)

cognomenome.....

nato/a prov. il

residente in (comune) via n

telefono..... codice fiscale.....

CHIEDE

in attuazione della DGR 2862/2020 e dell'avviso pubblico del 7 maggio 2020:

Intervento 1 -

BUONO SOCIALE di € 200 mensili per persone che non usufruiscono di altre Misure/Servizi

- eventuale buono aggiuntivo di € 100,00 per assistente familiare assunta per almeno 25 ore settimanali.

Intervento 2 -

BUONO SOCIALE di € 150 mensili per persone che non possono frequentare i servizi diurni

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali assunte ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e fermo restando, a norma dell'art. 75 del DPR 445/2000, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti nel caso di dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

B2 2020

DICHIARA CHE

il sig/sig.ra.....(beneficiario)

possiede i requisiti di accesso previsti per l'intervento n°.....

3. il nucleo familiare anagrafico è così composto (con tipo di parentela)

.....
.....

4. la tipologia di parentela del caregiver familiare è

.....

5. la tipologia di presenza dell'assistente personale:

- Nessuno
- Almeno 25 ore settimanali

6. Utilizza altri servizi :

- Contributi economici
- SAD
- ADI
- Altro (es. iscritto al CDI di..)
- Nessun servizio

7. In caso di accoglimento della domanda, la liquidazione del beneficio economico va effettuata sul conto corrente bancario o postale numero:

banca/uff. postaleagenzia / filiale
comune di codice IBAN

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

intestato a

In fede

.....

(firma)

Luogo e data,

Si allegano:

- copia carta di identità del richiedente e/o beneficiario e del delegato alla riscossione;
- attestazione ISEE sociosanitario;
- copia certificato d'invalidità del beneficiario con diagnosi e/o verbale Legge 104/92;

- Informativa all'utenza sul trattamento dei dati personali sottoscritta dalla persona, dal richiedente o dal tutore/amministratore di sostegno
- copia del decreto/ordinanza di nomina (solo in caso di tutela/curatela)
- contratto di assunzione di assistente familiare