

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE A FAVORE DI PERSONE ADULTE CON GRAVE DISABILITA' E PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI
RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE E DISTRETTUALE DI SEREGNO -
DGR 4443/2021**

**All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di _____
Ambito Territoriale e Distrettuale di Seregno**

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

1

In qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE (specificare grado di parentela) _____
- TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____
- CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

di **Nome e Cognome** _____

Nato a _____ il _____ genere M F

Residente a _____ CAP _____ Provincia _____

Via _____ Tel. _____

e-mail _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Medico di Medicina Generale _____

Persona da contattare (cognome, nome, grado di parentela, telefono):



CHIEDE

- per sé per la persona per la quale inoltra la domanda

di avere accesso all'assegno una tantum di cui alla DGR 4443/2021

e pertanto **DICHIARA** (*barrare le caselle interessate*)

di aver fatto domanda per uno dei seguenti interventi della misura B2 di cui alla DGR 4138/2020:

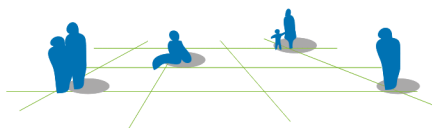
- Buono sociale mensile caregiver familiare
 Buono sociale mensile assistente personale
 Assegno per l'autonomia

DICHIARA INOLTRE

- di essere stato beneficiario per tre mesi consecutivi di una delle misure sopraindicate relative alla DGR 4138/2020;
- presenza di un caregiver familiare che rispecchi i requisiti specifici di cui al punto 3 dell'Avviso relativo alla DGR 4443/2021;
- di essere 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.
- di essere consapevole che sui dati dichiarati, e sulla loro veridicità, potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.
- che le comunicazioni relative alla presente istanza devono pervenire alla seguente casella di posta elettronica _____

DICHIARA INFINE

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza e l'Ufficio di Piano dell'Ambito di Seregno, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a 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;
- di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'Amministrazione Comunale e dall'Ufficio di Piano dell'Ambito di Seregno esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti il presente Avviso;
- che in caso di verifiche a campione, da parte dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale e Distrettuale di Seregno, è tenuto a presentare al Comune di residenza entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta la documentazione comprovante il mantenimento dei requisiti specifici per le tipologie di intervento. La mancata presentazione di suddetta documentazione comporterà la sospensione dell'erogazione del contributo.



piano di zona ambito di seregno

ALLEGA

- copia carta di identità e codice fiscale del richiedente e del beneficiario (qualora non coincidenti);
- copia del decreto/ordinanza di nomina in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno (se non è stata allegata alla domanda di Misura B2 DGR 4138/2020 e/o se ci sono state modifiche in merito);
- autocertificazione – ALLEGATO A (se non è stata allegata alla domanda di Misura B2 DGR 4138/2020 e/o se ci sono state modifiche in merito);

Per accredito sul conto corrente bancario o postale:

- copia dell'intestazione del conto corrente bancario o postale dal quale si evincano il codice IBAN (composto da 27 caratteri tra cifre e lettere) e l'intestatario del conto corrente;
- copia carta di identità e codice fiscale dell'intestatario del conto;

NOTA BENE: eventuale variazione delle coordinate bancarie deve essere tempestivamente comunicata ai Servizi Sociali del Comune di residenza.

3

Luogo e data

Firma del dichiarante



Comune di
Barlassina



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cogliate



Comune di
Giussano



Comune di
Lazzate



Comune di
Lentate sul Seveso



Comune di
Meda



Comune di
Misinto



Comune di
Seregno



Comune di
Seveso