



Azienda Speciale Consortile **Medio Olona** Servizi alla Persona

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI SOCIALI PER PERIODI DI SOLLIEVO
DELLA FAMIGLIA, TRASCORSI DALLA PERSONA FRAGILE - CON DISABILITÀ GRAVE O
COMUNQUE NON AUTOSUFFICIENTI - PRESSO UNITA' DI OFFERTA RESIDENZIALI
SOCIOSANITARIE O SOCIALI
(ai sensi della DGR 5940/2016 Regione Lombardia – misura B2)**

Al Comune di _____

IL RICHIEDENTE:

Il sig./la sig.ra (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
residente a _____ in via _____ n° _____
prov. _____ codice fiscale _____
Tel _____

In qualità di ☐ beneficiario, ☐ tutore, ☐ curatore, ☐ amministratore di sostegno,
☐ familiare (specificare _____), ☐ altro (specificare _____)

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

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____
PROV _____ TEL _____
CODICE FISCALE _____

CHIEDE

L'assegnazione del contributo economico pari ad € _____ per
il ricovero di sollievo presso l' unità d'offerta sociosanitaria o sociale

_____ con sede a _____



Azienda Speciale Consortile **Medio Olona** Servizi alla Persona

Per il periodo dal _____ al _____

Per un numero totale di giorni pari a _____

A tale fine consapevole che, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

A) IN CASO DI MINORE DISABILE GRAVE:

- Che il/la minore _____ è in possesso della certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione Asl ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/1992 e della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave/gravissimo, come da certificazioni allegate;
- Che il valore ISEE – ordinario - in corso di validità, è pari ad Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);

B) IN CASO DI ADULTO DISABILE GRAVE:

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari ad Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);

C) IN CASO DI PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE:

- Che il sig/la sig.ra _____ è in possesso della certificazione d'invalidità 100% rilasciata dall'Asl, come da certificazione allegata;
- Che il valore ISEE in corso di validità, riferito alle "*prestazioni agevolate di natura sociosanitaria*", secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1 e 2 del D.P.C.M. n° 159/2013, è pari ad Euro _____ come da attestazione ISEE allegata (in alternativa indicare il n. protocollo INPS - ISEE _____);
- di rientrare in uno tra i seguenti casi (barrare una sola casella – SI SEGNALE CHE L'ELENCO, COME DI SEGUITO INDICATO, RAPPRESENTA L'ORDINE DI PRIORITA' DI ACCESSO ALLA MISURA, COME DEFINITO DALLA DGR 5940/2016):
 - Persone in carico alla Misura B1/B2 al 31 ottobre 2016:
 - ☐ laddove beneficiarie della Misura B1, non in quanto in dipendenza vitale alla luce dei parametri di cui alla DGR n. 4249/2015, ma rientranti in quanto già beneficiari ex DGR n. 740/2013 con



Azienda Speciale Consortile **Medio Olona** Servizi alla Persona

- a presentare la documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero, senza la quale l'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona non erogherà il contributo richiesto;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni della situazione che determinano la perdita del diritto alla concessione del buono sociale.

Luogo, data _____

Firma del richiedente

Si allega:

- Copia carta d'identità e codice fiscale del richiedente e, se diverso, del beneficiario;
- (Solo in caso di minore disabile) Copia certificazione di gravità rilasciata dalla Commissione ASL ai sensi della L.104/92 e copia della diagnosi funzionale con un livello di gravità grave-gravissimo;
- Copia del certificato d'invalidità civile pari al 100 %;
- Attestazione ISEE – ordinario per minori disabili e riferito alle *“prestazioni agevolate di natura sociosanitaria”* per adulti disabili e anziani - in corso di validità;
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità
- Documentazione comprovante la spesa sostenuta per il ricovero (da presentarsi per la liquidazione del contributo)
-

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003

Il sottoscritto _____ prende atto che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi di cui al procedimento per il quale si rilasciano le dichiarazioni di cui sopra.

In fede (firma) _____

Luogo, _____ Data _____