



Comune di
Bovisio Masciago



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cesano Maderno



Comune di
Desio



Comune di
Limbiate



Comune di
Muggiò



Comune di
Nova Milanese



Comune di
Varedo

**ALLEGATO A - DOMANDA DI ASSEGNAZIONE
BUONO SOCIALE
CAREGIVER FAMILIARE – FAMILIARI CHE ASSISTONO**

1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

In relazione a quanto disposto dall'art. 47 D.P.R. n°445 del 28.12.00, previa ammonizione sulle conseguenze previste dall'art. 76 D.Lgs 443/00 in caso di dichiarazione false o mendaci a pubblico ufficiale, dichiara e attesta quanto segue:

Io sottoscritto (persona assistita):

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Recapiti telefonici	
Indirizzo / residenza	
Documento di riconoscimento	
Codice fiscale	

Dichiara

di possedere i seguenti requisiti di accesso (barrare la voce corrispondente):

- Di essere residente di questo Comune;
- Di avere un'età uguale o superiore a 75 anni;
- Di possedere una certificazione di patologia invalidante al 100% (invalidità civile o cecità civile assoluta) certificata e riconosciuta da apposita Commissione medico legale ASL, come da verbale n. _____ rilasciato in data _____ ;
- Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 16.000,00 (se anziano solo);
- Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 25.000,00 (se anziano convivente);

CHIEDE

L'assegnazione del Buono Sociale Caregiver Familiare - Familiari che Assistono dell'Ambito territoriale di Desio, per sostenere le cure, l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona in condizione di non autosufficienza.

Il contributo è fissato in € 250,00 mensili per 14 mesi (da ottobre 2010 a dicembre 2011) con le seguenti eccezioni:

- l'erogazione mensile sarà pari a € 350,00 se due coniugi (o conviventi) hanno entrambi diritto al beneficio;



Comune di
Bovisio Masciago



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cesano Maderno



Comune di
Desio



Comune di
Limbiate



Comune di
Muggiò



Comune di
Nova Milanese



Comune di
Varedo

- € 150,00 mensili qualora il beneficiario (invalido civile o cieco civile assoluto) percepisca l'indennità di accompagnamento ai sensi della Legge 11 febbraio 1980, n. 18; € 200,00 mensili se due coniugi di cui un beneficiario dell'indennità di accompagnamento;

2

Il contributo viene sospeso in caso di ricovero in ospedale o in strutture residenziali e semi-residenziali (RSA, CDI, RSD, Hospice...) o altre variazioni sopraggiunte relative ai requisiti di accesso, meglio dettagliate nel Bando.

La concessione del contributo è vincolata all'approvazione della graduatoria da parte dell'Assemblea dei Sindaci e subordinata alle risorse disponibili.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

1. Fotocopia fronte e retro della Carta d'Identità del dichiarante (e del beneficiario se persona diversa)
2. Certificazione di una patologia invalidante 100% accertata da Commissione medico legale ASL (verbale di invalidità) ed eventuale certificato attestante il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento ai sensi della Legge 11 febbraio 1980, n. 18 (se in possesso)
3. Certificazione ISEE in corso di validità
4. Certificazione medica rilasciata e sottoscritta dal Medico di Medicina Generale, attestante la presenza di almeno una delle patologie di cui al punto A della Graduatoria

A tal fine DICHIARA

1. l'esigenza di interventi assistenziali continuativi al domicilio resi da familiari (indicare di seguito i familiari che forniscono assistenza)

Sig./ la Sig.ra

Nato/a a

il

Residente a

via

n.

cap

Documento di riconoscimento

Codice fiscale

Stato civile

Grado di Parentela



Comune di Bovisio Masciago



Comune di Ceriano Laghetto



Comune di Cesano Maderno



Comune di Desio



Comune di Limbiate



Comune di Muggiò



Comune di Nova Milanese



Comune di Varedo

Sig./ la Sig.ra

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n. _____ cap _____

Documento di riconoscimento _____

Codice fiscale _____

Stato civile _____

Grado di Parentela _____

2. di ricevere/necessitare di interventi assistenziali unicamente da parte di familiari (di non fruire pertanto dell'assistenza e cura da parte di una c.d. badante).

3. che il nucleo familiare (della persona assistita) risultante dallo stato di famiglia residente in:

via..... n. CAP.....Città.....

è così composto:

Cognome, nome	Luogo e data di nascita	Grado parentela	Certificazione Invalidità civile (percentuale, verbale, data)	Indennità di Accompagnamento (apporre una crocetta se in possesso)
(Richiedente)				

4. di non essere ricoverato in ospedale o in strutture residenziali e semi-residenziali (RSA, CDI, CDD, Hospice...);

5. di non fruire per l'anno 2010 e 2011 del Buono Assistenti Familiari e/o di analoga provvidenza;

6. che il familiare/Tutore/Amministratore di sostegno indicato qui di seguito provvederà ad amministrare il buono sociale e a dare tempestiva comunicazione circa eventuali variazioni delle condizioni iniziali e/o dei requisiti (vedi nota informativa - obblighi del richiedente).

Sig./ la Sig.ra

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n. _____ cap _____

Documento di riconoscimento _____

Codice fiscale _____

Stato civile _____

Grado di Parentela/Funzione _____



Comune di
Bovisio Masciago



Comune di
Ceriano Laghetto



Comune di
Cesano Maderno



Comune di
Desio



Comune di
Limbiate



Comune di
Muggiò



Comune di
Nova Milanese



Comune di
Varedo

DICHIARA INOLTRE

di scegliere, ai fini dell'accreditamento dei benefici economici, una delle seguenti modalità di pagamento:

Direttamente sul c/c Bancario o Postale numero _____

Intestato a _____

Banca/Posta _____ Agenzia _____

Comune _____ Coordinate Bancarie ABI _____ CAB _____

IBAN: _____

In contanti presso la Tesoreria del Comune di Desio (Banca Carige – Filiale di Desio, Via Milano 145), previa esibizione del mandato di pagamento da recapitare al seguente indirizzo:

Intestato a _____

Via / Piazza _____ n. _____

CAP _____ Comune di _____ Prov. di _____

Data _____ Firma* _____

I dati personali, raccolti nella presente scheda, saranno trattati ai soli fini per i quali è stata resa, nella piena osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali). In qualunque momento l'interessato potrà richiederne l'aggiornamento, modifica o cancellazione, rivolgendosi all'incaricato del trattamento dei dati.

Data _____ Firma* _____

*Per il richiedente impossibilitato a firmare, la sottoscrizione può essere effettuata da un familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno e allegando copia di un documento di identità