**MODULO DI DOMANDA** **MISURA B2 ANNO 2025 - AMBITO ALTO MILANESE**

**CONTINUITA’**

COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSISTENTE SOCIALE DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO:**

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME: |
| NATO/A A:  | IL  |
| CODICE FISCALE: |
| COMUNE DI RESIDENZA: | DOMICILIO (se diverso dalla residenza): |
| INDIRIZZO: |
| TELEFONO: | MAIL: |

**INFORMAZIONI RELATIVE A CAREGIVER/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

|  |  |
| --- | --- |
| CAREGIVER FAMILIARE (NOME E COGNOME) |  |
| GRADO DI PARENTELA RISPETTO AL BENEFICIARIO |  |
| AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE (NOME E COGNOME) |  |
| RECAPITO TELEFONICO |  |

**INFORMAZIONI RELATIVE AL PROGETTO:**

**FINALITÀ** della domanda (indicare il motivo principale):

**ASSISTENZA INDIRETTA:**

* BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DA CAREGIVER FAMILIARE
* BUONO SOCIALE MENSILE FINALIZZATO A COMPENSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ASSICURATE DALL’ASSISTENTE FAMILIARE
* ASSEGNO AUTONOMIA

**ASSISTENZA DIRETTA: (SOLO SE RICHIESTO BUONO CAREGIVER AL PUNTO SOPRA)**

* ATTIVAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO
* RIMBORSO PER RICOVERO TEMPORANEO IN STRUTTURA RESIDENZIALE
* PRESTAZIONE SOCIOEDUCATIVA/EDUCATIVA IN CONTESTI SOCIALIZZANTI, ANCHE ATTRAVERSO LO SVILUPPO DI PROGETTUALITA’

**BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO indiretta:**

IMPORTO TOTALE € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO diretta:**

IMPORTO TOTALE € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI**

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:
* DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE 2025 PARI A € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
1. IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE AUTODICHIARA DI AVER MANTENUTO TUTTI I RESTANTI REQUISITI PREVISTI DALL’AVVISO PUBBLICO INVARIATI RISPETTO ALLA DOMANDA PRESENTATA LO SCORSO ANNO. IN PARTICOLARE:
* Il beneficiario vive solo
* Il beneficiario minorenne, vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
* Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
* Nessuna delle precedenti

 ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato/nucleo familiare:

□ NESSUNO

□ CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA PER FREQUENZA

 STRUTTURE DIURNE

□ CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA

□ LEGGE 112, DOPO DI NOI

□ PRO.VI.

□ ASSEGNO DI INCLUSIONE (ADI)

□ SAD COMUNALE

□ ALTRO(SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA INOLTRE
* di aver preso visione dell’Avviso per l’erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
* di non trovarsi in condizioni di incompatibilità così come descritte al punto 3 dell’avviso pubblico;
* di impegnarsi a dare ogni comunicazione, nel minor tempo possibile, di eventi che comportano la decadenza (per incompatibilità, cambio residenza, decesso del beneficiario) del diritto di assegnazione del sostegno al Comune di residenza;
* di essere a conoscenza che il Comune di residenza o l’Ufficio di Piano, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e del DPR 445/2000 art. 45, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emergessero l’assenza di requisiti o l’errato I.S.E.E, sarà revocato ogni beneficio ed effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

**ALLEGATI**

* CERTIFICAZIONE ISEE 2025;
* ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL COMUNE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA** richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_