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

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’

**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**AI fini della predisposizione della graduatoria:**

* 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

**REQUISITI**

1. IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:
* CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL’ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
* CERTIFICAZIONE DI INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO
* DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL’ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92
1. IL BENEFICIARIO OPPURE L’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA:
* DI ESSERE IN POSSESSO DI UNA CERTIFICAZIONE ISEE 2025 PARI A € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
1. CHE L’ASSISTENZA ALLA PERSONA VIENE GARANTITA DA:
* CARE GIVER FAMILIARE (INDICARE GRADO DI PARENTELA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA/O PER UN MONTE ORE SETTIMANALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. CHE È STATO PROGRAMMATO UN PERIODO DI SOLLIEVO PRESSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NEL PERIODO DAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PER UN COSTO COMPLESSIVO DI € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;
2. CHE LA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA NECESSITA DI PRESTAZIONI SOCIOASSISTENZIALI/TUTELARI AL DOMICILIO EROGATE DALLA COOP/ENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (INTERVENTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE DI SOLLIEVO AL CARE GIVER FAMILIARE), DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;
3. CHE A FAVORE DELLA PERSONA PER CUI SI PRESENTA DOMANDA VENGONO REALIZZATI PROGETTI EDUCATIVI/SOCIOEDUCATIVI COME MEGLIO DI SEGUITO SPECIFICATO, EROGATI DA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DI CUI SI ALLEGA PREVENTIVO;

**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**

* COPIA DELLA CERTIFICAZIONE DI GRAVITA’ AI SENSI DELL’ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992;
* COPIA DEL CERTIFICATO DI INVALIDITA’ CIVILE;
* COPIA DELL’ATTESTAZIONE RELATIVA AL POSSESSO DELL’INDENNITA’ DI ACCOMPAGNAMENTO O INDENNITA’ DI FREQUENZA;
* CERTIFICAZIONE ISEE 2025;
* PER L’INTERVENTO A SOSTEGNO DEI COSTI DI UN ASSISTENTE PERSONALE, ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;
* PER GLI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA DI CUI AL PUNTO 4b DELL’AVVISO ALLEGARE PREVENTIVI DI SPESA PER LE ATTIVITA’ PREVISTE;
* COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;
* COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE DELLA PERSONA CHE SOTTOSCRIVE LA DOMANDA;
* EVENTUALE COPIA CARTA D’IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINSITRATORE DI SOSTEGNO
* EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO VOLONTARIA GIURISDIZIONE DI COMPETENZA;
* ALTRO (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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