PIANO di ZONA LEGNANESE
Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore - Dairago
Legnano - Nerviano - Parabiago - Rescaldina
S.Giorgio su Legnano - S.Vittore Olona - Villa Cortese

SOLE sociale legnanese

MODULO DI DOMANDA MISURA B2 - ANNO 2018

TRASMISSIONE DELLA DOMANDA:

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 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):

- ☐ SOSTENERE LE ATTIVITÀ DI CURA DEL CARE-GIVER FAMILIARE
- ☐ SOSTENERE I COSTI DI UN ASSISTENTE PERSONALE CON REGOLARE CONTRATTO
- ☐ AVVIARE PROGETTO DI VITA INDIPENDENTE
- ☐ AVVIARE PROGETTO EDUCATIVO E SOCIALIZZANTE PER MINORENNI

ALTRI CONTRIBUTI/MISURE ATTIVE del candidato e del suo nucleo familiare:

- ☐ NESSUNO
- ☐ FREQUENZA CENTRO DIURNO – PART/TIME – TEMPO PIENO
- ☐ CONTRIBUTO ECONOMICO DA PARTE DEL COMUNE DI RESIDENZA
- ☐ REDDITO DI AUTONOMIA ANZIANI/DISABILI
- ☐ RSA APERTA
- ☐ DOPO DI NOI DGR 6674/2017
- ☐ REDDITO DI INCLUSIONE (REI)
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) 1. _____

Sede legale: Piazza San Magno, 9 – 20025 Legnano (MI)
Sede operativa: Via XX Settembre, 30- 20025 Legnano (MI)
Tel. 0331/18.16.364-363
Indirizzo PEC pianodizona@pec.ascsole.it

2. _____

BUDGET COMPLESSIVO RICHIESTO PER REALIZZARE IL PROGETTO:

N° MESI (MASSIMO 12 MESI) _____

IMPORTO MENSILE € _____ IMPORTO TOTALE € _____

REQUISITI

IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI:

- ☐ DIAGNOSI MEDICA DI _____ (DA SPECIFICARE IN CASO DI PATOLOGIA DEL MOTONEURONE)
- ☐ CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' CIVILE PARI AL _____ %
- ☐ ACCOMPAGNAMENTO
- ☐ CERTIFICAZIONE DI DISABILITÀ GRAVE, RICONOSCIUTA AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92

oppure

- ☐ DI ESSERE IN ATTESA DEL RICONOSCIMENTO DI DISABILITÀ GRAVE, AI SENSI DELL'ART. 3, C. 3 DELLA L. 104/92

IL BENEFICIARIO OPPURE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE DICHIARA

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso per l'erogazione dei sostegni sopraindicati e di accettarne le condizioni;
- ☐ 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, effettuato il recupero delle somme corrisposte e tutti gli eventuali adempimenti conseguenti.

ALLEGATI

- ☐ CERTIFICAZIONE GRAVE DISABILITÀ RILASCIATA DALL'ATS AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992, OPPURE CERTIFICAZIONE DI AVVIO DEL PROCESSO DI ACCERTAMENTO;
- ☐ CERTIFICAZIONE DI INVALIDITÀ CIVILE;
- ☐ EVENTUALE CERTIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA RILASCIATA DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E/O DAL MEDICO DI MEDICINA SPECIALISTICA (STRUTTURA PUBBLICA);
- ☐ CERTIFICAZIONE ISEE O DICHIARAZIONE UNICA SOSTITUTIVA;
- ☐ IN PRESENZA DI ASSISTENZA PERSONALE, ALLEGARE CONTRATTO DI LAVORO, EVIDENZIANDO IL MONTE ORE SETTIMANALE;
- ☐ SCALA ADL;
- ☐ SCALA IADL;
- ☐ PROGETTO INDIVIDUALE P.I. (ALLEGATO 1);
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE BENEFICIARIO;
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE DEL TUTORE E/O AMMINSITRATORE DI SOSTEGNO
- ☐ COPIA CARTA D'IDENTITÀ E CODICE FISCALE CARE GIVER FAMILIARE;
- ☐ EVENTUALE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA TUTORE E/O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO VOLONTARIA GIURISDIZIONE DI COMPETENZA

Sede legale: Piazza San Magno, 9 – 20025 Legnano (MI)
Sede operativa: Via XX Settembre, 30- 20025 Legnano (MI)
Tel. 0331/18.16.364-363
Indirizzo PEC pianodizona@pec.ascsole.it

☐ FOTOCOPIA IBAN

☐ ALTRO (specificare):_____

INFORMATIVA DELL'ART. 13 DEL D. LGS 196/2003

Gentile Signore/a,
La informiamo che, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 i suoi dati personali, da Lei forniti per la richiesta della MISURA B2, saranno oggetto del trattamento in relazione alla realizzazione degli interventi previsti dal Bando e per le attività istituzionali del Comune di residenza e di Azienda Speciale Consortile So.Le .
Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.
I Suoi dati personali e sensibili verranno trattati per l'Attività istruttoria finalizzata alla verifica e alla coerenza dei dati forniti rispetto ai contenuti dell'Avviso
I dati potranno essere comunicati anche ad altri enti per finalità istituzionali, di monitoraggio e statistiche. Verranno inoltre inseriti nell'archivio informatizzato al fine di agevolare la programmazione dei servizi e degli interventi sociali.
Il trattamento potrà avvenire in forma elettronica o cartacea, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
Il mancato conferimento dei Suoi dati è motivo di esclusione dal BANDO e dall'erogazione del BUONO.
Lei potrà rivolgersi al Responsabile del trattamento per far valere i Suoi diritti così come previsto dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Le modalità di esercizio dei suoi diritti sono previste dall'art. 8 del citato decreto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 23 DEL D. LGS. 196/2003

Il/La sottoscritto/a, dopo aver letto l'informativa di cui all'art. 13 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati personali e anche i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) presta il Suo consenso per il trattamento e la diffusione dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Lì_____ in data ____ /_____ /_____

Cognome e Nome beneficiario _____

Firma beneficiario _____

Firma Familiare e/o Tutore _____

DATA_____

IL COMUNE DI _____ **FIRMA** Referente del Progetto/Responsabile della pratica

_____

FIRMA richiedente/familiare/tutore/amministratore di sostegno

_____

Sede legale: Piazza San Magno, 9 – 20025 Legnano (MI)
Sede operativa: Via XX Settembre, 30- 20025 Legnano (MI)
Tel. 0331/18.16.364-363
Indirizzo PEC pianodizona@pec.ascsole.it