

**All. 1**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO EX DGR 4138/2020 e 4408/2021**

Al Comune di .....

Via .....

.....

Il/la \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_\_\_, Residente a \_\_\_\_\_

( ) CAP \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

[illegible]

In qualità di:

☐ DIRETTO INTERESSATO

☐ FAMILIARE                      Grado di parentela \_\_\_\_\_

☐ **TUTORE** nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

☐ **CURATORE** nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

☐ **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** nominato con decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## di Nome e Cognome

☐ MINORE CON GRAVE DISABILITA'    ☐ ANZIANO    ☐ DISABILE GRAVE

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ sesso ☒ M ☐ F Residente a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( )CAP\_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

[illegible]

## CHIEDE

la valutazione, ai sensi della DGR 4138/2020 e DGR 4408/2021, ai fini dell'erogazione di un buono mensile per compensare (barrare l'opzione d'interesse):

- le prestazioni dell'assistente familiare

Nome del familiare-assistente principale:

.....

Grado di parentela con l'assistito: .....

- ☐ le spese sostenute per prestazioni dell'assistente personale/badante  
 Nome dell'assistente: .....  
 Impiegata con regolare contratto dal .....per n.  
 ..... ore settimanali
- ☐ gli interventi a favore della vita indipendente  
 Nome dell'assistente: .....  
 Impiegata con regolare contratto dal .....per n.  
 ..... ore settimanali

A tal fine, consapevole della propria responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che la persona per cui viene richiesto il contributo:

- ☐ gode di una o più dei seguenti benefici:
- Misura B1 erogata dall'ATS per il 2021 in favore della disabilità gravissima
  - Bonus per assistente familiare iscritto nel registro ex L.R. 15/2015
  - Dopo di Noi
  - Home Care Premium – interventi complementari di carattere socio-assistenziale
  - Contributi per la vita indipendente erogati dal Comune di Residenza
  - RSA aperta
  - ADI
  - Interventi comunali finalizzati alla permanenza al domicilio (SAD/SADH/ADM/ADH/PASTI/TRASPORTI/TELESOCORSO...)
- ☐ è in attesa risposta sulla richiesta di uno dei suddetti finanziamenti
- ☐ frequenta Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie o sociali (RSA/RSD/CA/CSS)
- ☐ frequenta Unità d'Offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali (CDD/CSE/SFA)
- ☐ è parte di un nucleo familiare così composto:

| Nome e Cognome | Parentela rispetto all'interessato | Età al momento della domanda | Percettore di reddito (si/no) |
|----------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
|                |                                    |                              |                               |
|                |                                    |                              |                               |
|                |                                    |                              |                               |
|                |                                    |                              |                               |
|                |                                    |                              |                               |
|                |                                    |                              |                               |

Con la presente accetta i contenuti dell'Avviso indicato in epigrafe e **si impegna a comunicare eventuali variazioni della propria situazione che possono influire sul diritto al contributo qui richiesto.**

Chiede, altresì, che l'eventuale contributo assegnato sia accreditato sul seguente conto corrente (non indicare coordinate di libretti postali poiché questi ultimi non consentono l'accredito di bonifici diversi dalla pensione):

Intestatario/i.....

IBAN.....

(NB: in caso di c/c intestato a persona diversa dal beneficiario o dal suo tutore, occorre delega redatta secondo il fac simile di cui all'Allegato 3).

**Documenti allegati ai fini di cui alla presente domanda:**

**In caso di Nuova domanda** per tutti i tipi di progetto:

- ☐ Copia Carta Identità dell'eventuale richiedente diverso dal beneficiario;
- ☐ Copia Carta identità del beneficiario;
- ☐ Copia del decreto di nomina a curatore, tutore od amministratore di sostegno del beneficiario;
- ☐ Autodichiarazione assistente/i familiare/i;
- ☐ Copia carta identità assistente/i familiare/i;
- ☐ Copia contratto badante/assistente personale;
- ☐ Copia ultima busta paga badante/assistente personale;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Copia verbale di riconoscimento dell'invalidità civile e certificazione di disabilità grave così come accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 L. 104/1992 oppure beneficiarie dell'indennità d'accompagnamento, di cui alla legge n.18/1980 e successive modifiche / integrazioni con L.508/1988;
- ☐ Scheda di valutazione compilata dal medico curante (v. Allegato 4);
- ☐ Eventuale delega all'incasso in favore di persona diversa dal beneficiario (v. Allegato 3);
- ☐ .....

**In caso di Rinnovi:** per tutti i tipi di progetto, in assenza di variazioni rispetto ad anno precedente:

- ☐ Copia Carta Identità dell'eventuale richiedente diverso dal beneficiario;
- ☐ Copia Carta identità del beneficiario;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;

In caso di variazioni rispetto a quanto presentato in occasione del bando precedente dichiara che sono intervenute le seguenti variazioni:

\_\_\_\_\_ di cui si allega copia.

.....  
(Luogo e data)

In fede

.....

**CONSENSO DELL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Io sottoscritto ..... dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy di cui all'art. 12 dell'Avviso e di acconsentire all'uso ivi descritto dei dati personali e sensibili resi ai fini della presente domanda.

.....  
(Luogo e data)

In fede

.....